



## La demande d'enfants en Afrique subsaharienne

Patrice Vimard, Raïmi Fassassi

### ► To cite this version:

Patrice Vimard, Raïmi Fassassi. La demande d'enfants en Afrique subsaharienne. Benoît Ferry. L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain, Karthala, pp.379, 2007. ird-00266779

**HAL Id: ird-00266779**

**<https://hal.ird.fr/ird-00266779>**

Submitted on 25 Mar 2008

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Ce texte représente la dernière version d'auteur d'un chapitre publié, dans un ouvrage collectif, avec la référence suivante : Vimard Patrice, Fassassi Raïmi. La demande d'enfants en Afrique subsaharienne. In : Ferry Benoît (dir.). *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*. Paris (FRA) ; Nogent-sur-Marne (FRA) ; Paris : AFD ; CEPED ; Karthala, 2007, p. 197-251.

## 4

### **La demande d'enfants en Afrique subsaharienne**

Patrice VIMARD

*IRD-Université de Provence, LPED, Marseille, France*

et Raïmi FASSASSI

*ENSEA, Abidjan, Côte d'Ivoire*

En Afrique subsaharienne, le niveau de la fécondité est le plus élevé au monde et la pratique de la contraception est la plus faible. Cette permanence d'un régime de forte fécondité, où les comportements de régulation de la procréation considérés comme traditionnels dominant encore, ne doit pas nous surprendre. Elle accompagne en effet, en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, une situation socio-économique ne prédisposant pas à une transformation profonde des idéaux et des pratiques de fécondité : absence de réel décollage économique, persistance de la pauvreté, mauvaise qualité des services publics, manque de scolarisation de masse et de système collectif d'assurance sociale et de retraite, baisse très lente de la mortalité, lorsque celle-ci ne remonte pas sous l'effet du VIH/Sida ou de la désorganisation des systèmes de soins. Cependant, malgré toutes ces défaillances, qui symbolisent le faible développement de la région, où deux décennies de stagnation et de crises viennent de succéder aux années de croissance post-indépendance, la baisse de la fécondité émerge dans bien des pays. Bien qu'elle soit inégale, selon les milieux de résidence et selon les niveaux de vie et d'instruction, elle atteste que des changements du modèle de reproduction sont à l'œuvre (United Nations, 2005 et 2006 ; Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Vimard *et al.*, 2007). À ce stade, pour mieux comprendre les ressorts profonds de cette forte fécondité des populations africaines comme des prémices de sa transition, il nous semble utile de faire un détour par la « demande d'enfants ». Cette demande d'enfants, énoncée à un niveau individuel, conjugal ou collectif, est en effet, dans toutes les sociétés, l'un des fondements de la fécondité et l'un des facteurs de son intensité. De plus, les observateurs ont le plus souvent affirmé que la plupart des populations d'Afrique subsaharienne se caractérisaient par le désir d'une descendance élevée, désir qui ne peut être sans rapport avec le niveau de la fécondité constaté.

Dans ce chapitre, nous présenterons tout d'abord le rôle de la demande d'enfants dans les approches de la baisse de la fécondité et tout spécialement dans la théorie de la transition démographique, considérée ici comme cadre explicatif de cette diminution de la fécondité. Puis nous analyserons le niveau de la demande d'enfants et sa relation avec la fécondité, dans les différents pays de l'Afrique subsaharienne, tels que ces phénomènes peuvent être appréciés avec les données actuellement disponibles. Ensuite nous discuterons des facteurs de la demande d'une descendance nombreuse, avant de proposer quelques pistes de recherche pour approfondir nos connaissances en la matière.

## **I-La demande d'enfants comme facteur de la fécondité**

Dans cette première partie, nous aborderons tout d'abord le rôle qui a été attribué au concept de demande d'enfants dans les diverses discussions théoriques relatives à la baisse de la fécondité, avant de nous interroger sur les spécificités de cette notion dans le contexte social de l'Afrique subsaharienne et de voir ce que l'on peut retirer des quelques résultats portant sur cette question.

### *1) Le rôle de la demande d'enfants dans la théorie de la transition démographique*

La conceptualisation de « la demande parentale d'enfants » est un apport microéconomique majeur à la théorie de la transition démographique<sup>1</sup> et elle correspond à une formalisation de la deuxième condition que A.J. Coale mettait à la baisse de la fécondité : « réduire sa fécondité doit être avantageux. Les circonstances sociales et économiques doivent conduire les couples à juger profitable la réduction de la fécondité » (1973 : 65). Cette notion, élaborée dans le cadre du développement de la théorie économique des ménages qui explique tous les comportements par des choix rationnels (Becker, 1960), a été ensuite articulée à l'idée de transferts entre générations, qui est devenue essentielle dans les analyses de la fécondité : il peut s'agir de « ce que les individus ont hérité de leurs parents et [de] ce qu'ils souhaitent laisser à leurs enfants » (Easterlin, 1976), ou de « la qualité que les parents veulent transmettre à leurs enfants » (Becker et Nigel, 1976), ou bien encore des flux intergénérationnels de richesse, « le sens du déséquilibre dans les échanges de biens et services entre aînés et cadets, entre parents et enfants » (Caldwell, 1976).

L'importance de cette notion a été critiquée par différents courants de pensée qui ont souhaité réévaluer le rôle des facteurs non économiques dans la baisse de la fécondité. Les « culturalistes » (notamment Berelson, 1966 ; Cleland et Wilson, 1987) ont remis principalement en cause cette idée selon laquelle la fécondité serait un choix rationnel et conscient et sa transition le résultat d'une baisse de la demande parentale d'enfants consécutive à des changements macroéconomiques. Leur critique s'est basée essentiellement, à un niveau micro, sur le fait que, le plus souvent, dans les pays en développement le nombre d'enfants désirés est inférieur à celui de la descendance finale, et au niveau macro sur le maintien d'une haute fécondité en Angleterre un siècle après que les conditions d'une demande élevée d'enfants ont disparu. Pour eux, la simultanéité et la vitesse de la baisse de la fécondité dans des régions européennes très dissemblables au plan socio-économique (en 1880-1930) comme la synchronisation de la diminution dans des pays en développement à l'immense diversité d'organisation politique et économique (en 1960-1990) montrent que la transition n'est en relation avec aucune force économique et qu'elle ne se fonde pas sur un changement des conditions objectives d'ordre macroéconomique. Au contraire, cette généralisation indique que les forces de changement sont à l'œuvre au niveau

---

1. Dans cette partie, on distingue la « transition démographique » - mouvement de baisse de la mortalité puis de la fécondité, conduisant ces composantes de la croissance naturelle des populations d'un niveau élevé à un niveau faible tout en suscitant une forte croissance des effectifs -, de la « théorie de la transition démographique » qui a donné à ce mouvement une portée à visée universelle tout en énonçant un certain nombre de facteurs explicatifs de cette évolution.

sociétal et que la transition de la fécondité s'établit par une transformation du contexte culturel et normatif des choix reproductifs avec la production de nouveaux idéaux et de nouvelles perceptions, aspirations et connaissances. Leur thèse, très en vogue dans les années 1960 et 1970, est une vigoureuse dénonciation du déterminisme économique et un plaidoyer pour l'importance des idéaux. Elle marque le passage d'une conception structuro-fonctionnaliste de la transition démographique, issue de la théorie de la modernisation (Parsons, 1937), qui met l'accent sur les changements des structures économiques et sociales comme facteurs essentiels des changements microsociaux de nature démographique, à une conception culturaliste où les mentalités et les attitudes relatives à la reproduction démographique peuvent évoluer en l'absence de transformations des structures socio-économiques. Cette thèse se situe d'une certaine manière également dans le cadre d'un courant de pensée mettant l'accent sur l'effet de la modernisation, mais il s'agit ici d'une modernisation des valeurs et des mentalités agissant au niveau individuel.

En réaction à cette thèse culturaliste, qui met en valeur l'importance d'un changement macroculturel sur les comportements individuels, s'est développé, dans les années 1980 tout particulièrement, un autre courant critique, celui des « approches institutionnelles ». Ce courant, notamment illustré, selon des approches connues sous diverses appellations, par G. McNicoll (1982), M. Cain (1985) et P. Kreager (1985), prône l'importance des changements institutionnels dans l'évolution de la fécondité et place les évolutions des institutions sociales intermédiaires au centre des déterminants de la transition démographique. Ces évolutions institutionnelles, en modifiant les contraintes qui s'exercent sur les choix reproductifs et les options possibles de ces choix démographiques, influencent les comportements de fécondité, les transformations de certaines institutions (marché du travail, régime foncier, organisation familiale, etc.) pouvant conduire à une transition de la fécondité. Ces approches insistent ainsi sur la transformation des cadres institutionnels, ce qui n'est pas sans évoquer le concept de modernisation, mais appliqué ici à des structures sociales intermédiaires. Ce courant, qui met en évidence la nécessité d'analyser l'effet des évolutions institutionnelles et des changements démographiques dans le contexte de chaque société, trouve un certain aboutissement dans la critique « contextualiste ».

Cette critique « contextualiste » est radicale et S. Szreter (1993) en est sans doute l'avocat le plus percutant en affirmant que l'idée de transition démographique est inutile et inappropriée pour guider des recherches sur les changements de la fécondité dans des circonstances historiques spécifiques. Pour cet auteur, la théorie de la transition démographique est affectée d'une déficience méthodologique de base car d'une part, étant conceptuellement indéterminée, elle ne peut générer des hypothèses non ambiguës sur les causes spécifiques du changement de fécondité et d'autre part, étant une description métaphorique et résumée du changement, elle ne peut nécessairement apporter une aide dans l'explication causale d'un changement donné dans un cas particulier. Tenant pour acquise la variété de ces changements, la thèse des contextualistes estime que l'effet des transformations économiques et sociales sur la fécondité est médiatisé par des formes locales, culturelles et institutionnelles, tels les changements de langue, de valeurs et de rôles ; elle considère ainsi la perception des coûts relatifs à l'éducation des enfants comme la variable complexe et centrale de l'évolution de la fécondité.

## L'AFRIQUE FACE À SES DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES

De la théorie de la transition démographique et de ses remises en cause, ici schématiquement présentées<sup>2</sup>, on retiendra trois conceptions différentes des changements de fécondité :

- un changement de la demande d'enfants sous l'effet de facteurs de différents ordres (modernisation économique, transformation culturelle, distribution des richesses, transition de la mortalité, politique de contrôle des naissances, etc.) dont l'influence relative varie selon les pays et les sociétés ;
- un changement des idéaux de fécondité, qui se formalise par une évolution de la demande d'enfants, sous l'effet d'une transformation, radicale et généralisée à une diversité de sociétés, du contexte culturel et normatif des choix reproductifs ;
- des changements pluriels de la perception des coûts relatifs à l'éducation des enfants, qui influenceront sur la demande d'enfants, du fait des transformations économiques et sociales, médiatisées par des modifications culturelles et institutionnelles propres à chaque société.

Si l'on admet que la demande d'enfants repose en premier lieu sur les « préférences » des parents, de nature idéologique, puis sur les « prix » des enfants, d'ordre économique, on peut constater que le premier changement exposé ici correspond essentiellement à une modification des « prix » relatifs aux enfants, le deuxième à une modification des « préférences » des parents et le troisième à une articulation des deux modifications antérieures.

En synthétisant ces différentes conceptions théoriques, on peut admettre que le déclin de la fécondité repose en partie sur la baisse de la demande d'enfants, laquelle procède d'une augmentation du coût des enfants (augmentation des biens et services nécessaires pour leur éducation, du prix du temps qui leur est consacré) et d'une diminution des bénéfices qui en sont attendus (travail auprès des parents, activités domestiques, don de biens matériels, aide durant la vieillesse des parents, satisfactions affectives). Ces évolutions s'articulent avec une substitution de la recherche d'une meilleure qualité des enfants (qui participe à une augmentation de leurs coûts) à celle d'une plus grande quantité, substitution qui contribue par conséquent à une diminution de la demande. Il apparaît donc nécessaire d'intégrer à une approche de la demande d'enfants en terme de coûts/bénéfices (ou de prix/revenus), à laquelle la théorie économique de Becker et plusieurs analystes se limitent, des éléments plus subjectifs comme les préférences et les goûts des parents.

En outre, il apparaît important de considérer, à la suite de R. Easterlin, dans un modèle de fécondité, deux facteurs complémentaires à la demande d'enfants : l'offre d'enfants et le coût de la régulation de la fécondité. L'offre d'enfants correspond à la production potentielle d'enfants en l'absence de toute limitation des naissances. Elle dépend par conséquent de la fécondité naturelle et de la survie des enfants à l'âge adulte, et elle repose sur des facteurs de nature biologique, physiologique et culturelle. Le coût de la régulation de la fécondité comprend des coûts subjectifs (désagréments relatifs à la pratique de moyens de limitation) et des coûts objectifs (temps et argent nécessaires pour acquérir et utiliser des méthodes de contrôle), et il dépend par conséquent de facteurs culturels et de facteurs liés à l'information et aux services de planification familiale (Easterlin, 1975 ; Bulatao et Lee, 1983).

---

2. Pour plus de détail voir notamment Guilmoto (1996), Piche et Poirier (1995), Vimard (1997).

## 2) Les spécificités de l'Afrique subsaharienne au regard de la demande d'enfants

L'organisation familiale traditionnelle en Afrique subsaharienne, à base lignagère, comporte des caractéristiques susceptibles de modifier la signification du postulat de rationalité comme celui du calcul en termes de coûts/bénéfices, en limitant ainsi la portée des modèles de la famille qui seraient strictement économiques. Quatre caractéristiques de l'organisation traditionnelle en famille élargie contribuent à discuter de la pertinence des théories microéconomiques de la fécondité : la conception selon laquelle l'enfant appartient au lignage avant d'être celui du couple, la gestion communautaire de certaines ressources comme le foncier, l'implication des membres du lignage dans les décisions de procréation et le culte des ancêtres (Anoh, 2001). Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, certains ont pu considérer que ce système de famille élargie n'admettait pas la même forme de rationalité que celle qui régit les pays développés, pour lesquels les théories économiques de la fécondité ont été élaborées, puisque les membres du lignage interviennent dans les prises de décision en matière de fécondité (Cleland et Wilson 1987). Pour notre part, il nous semble qu'il s'agit là de la même forme de rationalité. Simplement, l'appartenance de l'enfant au lignage introduit un coût social supplémentaire pour les parents, auxquels la décision finale de fécondité appartient. En revanche, les coûts économiques sont moindres du fait de la prise en charge commune de l'enfant (Fassassi, 2004).

Quoi qu'il en soit, l'organisation familiale traditionnelle comme l'organisation lignagère de la production sont aujourd'hui remises en cause par toute une série de facteurs liés à l'urbanisation, au développement de l'économie agricole marchande, à l'exode rural, aux nouvelles législations familiales et aux crises économiques et sociales successives. Aussi la fécondité doit-elle être considérée à l'aune de ces évolutions qui altèrent les principes anciens qui régissaient les modèles familiaux et la place de l'enfant dans les sociétés africaines dites traditionnelles (Pilon et Vimard, 1998).

D'une part, le fait que les enfants étaient perçus comme appartenant au lignage engendrait pour eux une mobilité familiale importante : les familles confiaient leurs enfants ou accueillaient les enfants de membres de la famille élargie. Dans un tel contexte, de par la redistribution des enfants entre les ménages, il n'y avait pas de lien direct ou tout au moins de lien permanent entre la décision de procréer et le coût d'entretien des enfants, qui étaient répartis au sein de réseau de parenté étendu, en Afrique subsaharienne comme ailleurs (Davis, 1955). Aujourd'hui, dans un nombre croissant de groupes sociaux, on peut noter une réappropriation des enfants par les couples et une dévolution des coûts d'éducation et de soins aux parents eux-mêmes. Si le confiage d'enfants perdure, il se perpétue selon des liens davantage privés et individualisés entre les parents et les familles d'accueil en fonction de nouveaux liens de dépendance entre les ménages (Guillaume *et al.*, 1997). Et, avec l'entrée dans les économies modernes, les larges réseaux de parenté ont tendance, tout en perdant leur contrôle sur les ressources, à se fractionner voire à se dissoudre, ce qui augmente directement les coûts d'éducation pour les parents (Turke, 1989).

Dans le même sens, si vie active et maternité demeurent facilement compatibles pour les femmes dans certains milieux, lorsque les membres de la famille élargie peuvent s'occuper des enfants, l'éloignement des couples urbanisés d'une grande partie de leur parentèle et la nucléarisation de certaines familles, en

milieu rural comme urbain, peut rendre plus difficilement conciliable l'activité de la femme, surtout lorsqu'elle est de nature salariée, avec l'éducation d'une descendance nombreuse, même si des possibilités d'avoir recours à des domestiques (accessibles aux salariés) et à des adolescents confiés (pour surveiller des enfants plus jeunes) existent. Les arbitrages entre procréation et activité économique prennent alors tout leur sens. En conséquence, le temps de la femme n'a pas la même valeur selon les groupes sociaux en fonction du mode de production dominant, et il existe toute une gamme de situation à considérer au regard de ces phénomènes.

D'autre part, si dans les milieux vivant d'une économie agricole d'autosubsistance, les ressources foncières peuvent continuer d'être gérées collectivement plutôt qu'individuellement, ce qui atténue la perception de la contrainte de revenu, il n'en est pas de même dans les autres milieux. Dans les économies agricoles de rente, l'appropriation privée de la terre, ou tout au moins celle des plantations pérennes, modifie radicalement cet état de fait. Il en est de même en milieu urbain, où les activités économiques sont le plus souvent organisées, en dehors des familles élargies, par des institutions publiques, des firmes privées ou des familles restreintes. De ce fait, à la ville comme à la campagne, les choix relatifs à l'activité, à l'utilisation du revenu et à la consommation s'individualisent et cessent peu à peu d'être une affaire collective. Les modèles fondés sur la maximisation des satisfactions sous contrainte des revenus et des prix retrouvent alors un sens, et il faut tenir compte de l'orientation des déséquilibres dans les transferts intergénérationnels et d'une possible inversion des flux de richesse entre cadets et aînés (Caldwell, 1976). Pour certains groupes socio-économiques, l'enfant considéré jusqu'alors comme un réducteur d'incertitudes peut devenir le vecteur de nouvelles contraintes.

Malgré cette évolution profonde de l'organisation familiale dans beaucoup de communautés d'Afrique au sud du Sahara, qui permet de réévaluer les termes économiques dans une approche de la fécondité, il est nécessaire d'observer que les décisions en matière de fécondité continuent de ne pas reposer uniquement sur des considérations d'ordre économique. En effet, des facteurs religieux et moraux conditionnent également les comportements des individus et des familles. Il faut signaler en particulier le rôle du culte des ancêtres. Dans la conception des sociétés qui pratiquent le culte des ancêtres, « les vivants représentent une petite partie d'une lignée, qui remonte très loin dans le passé et se prolonge très loin dans l'avenir, et ont la lourde responsabilité d'assurer l'avenir de la famille en adoptant un comportement procréateur approprié » (Talbot, 1927, cité par Caldwell, 1993). Cette conception est certainement à la source d'un sentiment pronataliste particulièrement fort en Afrique subsaharienne. Selon Cleland et Wilson (1987, p. 27), celui-ci ne peut pas seulement résulter d'un bas niveau de développement, d'alphabétisation et d'espérance de vie, mais doit être davantage relié à une forme d'organisation sociale qui a conféré, jusqu'à récemment, une sécurité physique et un avantage politique et économique aux communautés démographiquement fortes. Ce qui a pu de ce fait engendrer un support culturel puissant à la forte fécondité, qui peut demeurer encore très prégnant malgré les transformations des conditions matérielles qui le justifiaient jusqu'alors (Anoh, 2001).

### 3) *La demande d'enfants dans les analyses actuelles de la fécondité*

Durant les dernières années, quelques rares analyses se sont penchées spécifiquement sur la demande d'enfants en mettant en évidence l'importance des facteurs qui agissent directement sur celle-ci et, au-delà, sur la baisse de la fécondité. Ainsi, au Bangladesh, exemple de baisse rapide de la fécondité dans un pays pauvre, les changements dans les structures d'activité, l'ouverture des populations aux informations extérieures, la monétarisation de l'économie rurale ont facilité l'acceptation des programmes de population et des services de planification familiale, avec un effet égal chez les pauvres et chez les moins démunis, chez les personnes éduquées et chez les illettrés (Cleland *et al.*, 1994). De plus, les facteurs qui contribuent à l'amélioration du bien-être de la femme contribuent également à la baisse de la demande d'enfants (Kabir *et al.*, 1994). Il a également été démontré que l'augmentation de l'éducation paternelle et maternelle, la hausse des revenus des ménages et la baisse de la valeur économique des enfants ont été des facteurs importants de la baisse de la fécondité dans les milieux urbains d'Éthiopie (Tadesse et Asefa, 2002). Le rôle des crises agricoles et des crises économiques dans l'augmentation du coût des enfants et l'affaiblissement des bénéfices qui peuvent en être attendus a été mis en évidence dans les populations du Sud-Ouest ivoirien avec leurs conséquences en matière de baisse de la fécondité (Vimard et Adjamagbo, 2005).

## **II-La demande d'enfants en Afrique subsaharienne**

Comment apprécier la demande d'enfants ? La demande d'enfants est une notion extrêmement complexe qui peut être exprimée à différents niveaux : par la société, la famille, le couple et l'individu, et dont l'expression variera en fonction du moment du cycle de la vie reproductive et de la vie familiale auquel se situent l'individu, le couple et la famille.

### 1) *Les indicateurs*

Pour apporter des éléments de réponse à l'échelle de l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, nous sommes obligés de nous en tenir aux opinions et attitudes exprimées sur les préférences en matière de fécondité lors des enquêtes démographiques et de santé (EDS), aussi imparfaites et approximatives soient-elles. Ces données ont en effet des limites. D'une part, elles supposent que les femmes conceptualisent la variable « nombre d'enfants » comme une donnée sur laquelle elles peuvent avoir un avis et une certaine maîtrise qui leur soient propres et qui ne relèvent pas de Dieu, de la société, de la famille, ou de leur mari. Sur ce plan, on peut considérer que les choses ont bien changé depuis le temps où les nombreuses réponses « autant que Dieu me donnera » correspondaient à une situation où la famille nombreuse était la norme et où la variable « nombre d'enfants désirés » n'était pas réellement conceptualisée par les femmes. La baisse des réponses non numériques aux questions des enquêtes démographiques comme les entretiens individuels sur ce sujet montrent bien que la taille de leur descendance est souvent appréhendée par les femmes comme une donnée sur



laquelle elles peuvent avoir un avis et une certaine possibilité de choix, et ceci dans tous les milieux sociaux.

Ces données EDS ont une autre limite car elles sont collectées auprès de femmes, ou d'hommes, situés à différentes étapes de leur vie féconde. Aussi pour les plus jeunes, les réponses correspondent ou se réfèrent davantage à un idéal qui peut être instable sans être réellement prédictif, alors que pour les plus âgées les réponses sont fortement influencées par leur fécondité effective, avec une tendance à faire correspondre *a posteriori* le désir avec la réalité.

Aussi ne faut-il pas prendre ces variables pour ce qu'elles ne sont pas. Il ne s'agit pas de la prédiction du nombre d'enfants qu'aura une femme au cours de sa vie féconde, mais de sa préférence à un moment donné, dans le contexte particulier qui est le sien au moment de l'enquête. Il va de soi que cette préférence évoluera au cours de sa vie, en fonction d'événements matrimoniaux, professionnels et génésiques principalement. Ce qui veut dire que la demande d'enfants représente un désir d'enfants en construction permanente. Il va de soi également que les aléas d'un contrôle imparfait de la fécondité contribueront à ce que le nombre d'enfants qu'aura une femme ne correspondra pas exactement à sa demande initiale. Ces variables représentent donc une demande du moment qui va conditionner les comportements de procréation et de contrôle de celle-ci, et elles doivent être considérées ainsi.

Quelles que soient leurs difficultés d'interprétation, les variables correspondant à la demande d'enfants sont susceptibles de nous fournir des indications sur les attentes des individus en matière de descendance et sur les différences entre pays et entre catégories. Dans ce chapitre, nous porterons l'attention, en gardant présentes à l'esprit les réserves formulées plus haut, sur trois indicateurs exprimant ces préférences en matière de fécondité : le désir d'avoir un enfant dans les deux ans qui suivent l'enquête, le nombre idéal d'enfants souhaités, l'indice synthétique de fécondité désirée. Examinons successivement ces trois indicateurs.

Les EDS interrogent les femmes sur leur désir d'avoir un enfant supplémentaire ; les réponses peuvent être : « veut un enfant dans les deux ans suivant l'enquête ; veut un enfant plus tard ; veut un enfant mais ne sais pas quand ; est indécise ; ne veut plus d'enfant ; stérilisée ; stérile ; non déterminée ». Dans cette étude, nous avons retenu comme indicateur le fait de vouloir un enfant dans les deux ans qui suivent l'enquête, qui indique une volonté immédiate d'avoir un enfant.

L'indicateur du nombre idéal d'enfants désirés est une donnée difficile à obtenir puisqu'il concerne une question hypothétique qui devrait recevoir une réponse indépendamment de la taille de la descendance au moment de l'enquête. Mais il représente à notre sens le meilleur indicateur de la demande d'enfants saisi à l'échelle individuelle, tout en gardant présent à l'esprit son défaut de pouvoir représenter en partie une rationalisation *a posteriori* et le fait que les résultats obtenus sont plutôt sous-estimés puisque les non-réponses proviennent surtout des femmes qui désirent une descendance élevée (Bongaarts, 2006).

L'indice synthétique de fécondité désirée représente le niveau de la fécondité si toutes les naissances non désirées par les femmes avaient pu être évitées. Il correspond à une question qui permet de savoir si les naissances survenues durant les cinq dernières années précédant l'enquête étaient voulues ou non. Cet indicateur n'est pas tout à fait égal à la fécondité désirée puisque, s'il nous renseigne sur les naissances effectives souhaitées, il ne nous dit rien sur les naissances que les femmes auraient voulu avoir durant ces cinq dernières années

mais qu'elles n'ont pu avoir pour différentes raisons : stérilité définitive ou temporaire, absence du mari, etc. Même si l'on peut estimer que ce dernier nombre est faible, il ne peut être totalement négligé, surtout dans les pays encore touchés par une infécondité (Locoh, 1995). Par différence avec l'ISF observé, il nous indique alors le nombre de naissances qui n'étaient pas souhaitées par les femmes et nous renseigne ainsi sur l'échec du contrôle de la fécondité, les enfants « non demandés » en quelque sorte. Parmi toutes les naissances effectives, cet indicateur associé à l'ISF observé permet donc de faire la part entre les naissances qui répondent à une demande effective et celles qui n'y répondent pas, tout en gardant présent à l'esprit qu'il peut y avoir un effet de reconstruction du passé par les femmes et qu'elles peuvent déclarer comme souhaités des enfants qui ne l'étaient pas au départ.

Sans accorder à ces indicateurs une valeur d'attitudes et de prédiction définitive dans le domaine de la reproduction, il faut considérer qu'ils nous fournissent une photographie à un moment donné de la demande individuelle des femmes et des hommes en matière de fécondité : demande qui évolue en fonction des événements matrimoniaux et génésiques que subit la femme, des interactions sociales auxquelles elle est confrontée dans son espace de vie qui lui-même peut se modifier (changement de lieu de résidence, mobilité entre ménages, etc.) et de ses caractéristiques propres qui évoluent (niveau d'éducation, activité et statut professionnel). Dans cette étude, nous analyserons tout d'abord les attitudes des femmes avant d'aborder celles des hommes.

### *2) La demande d'enfants des femmes*

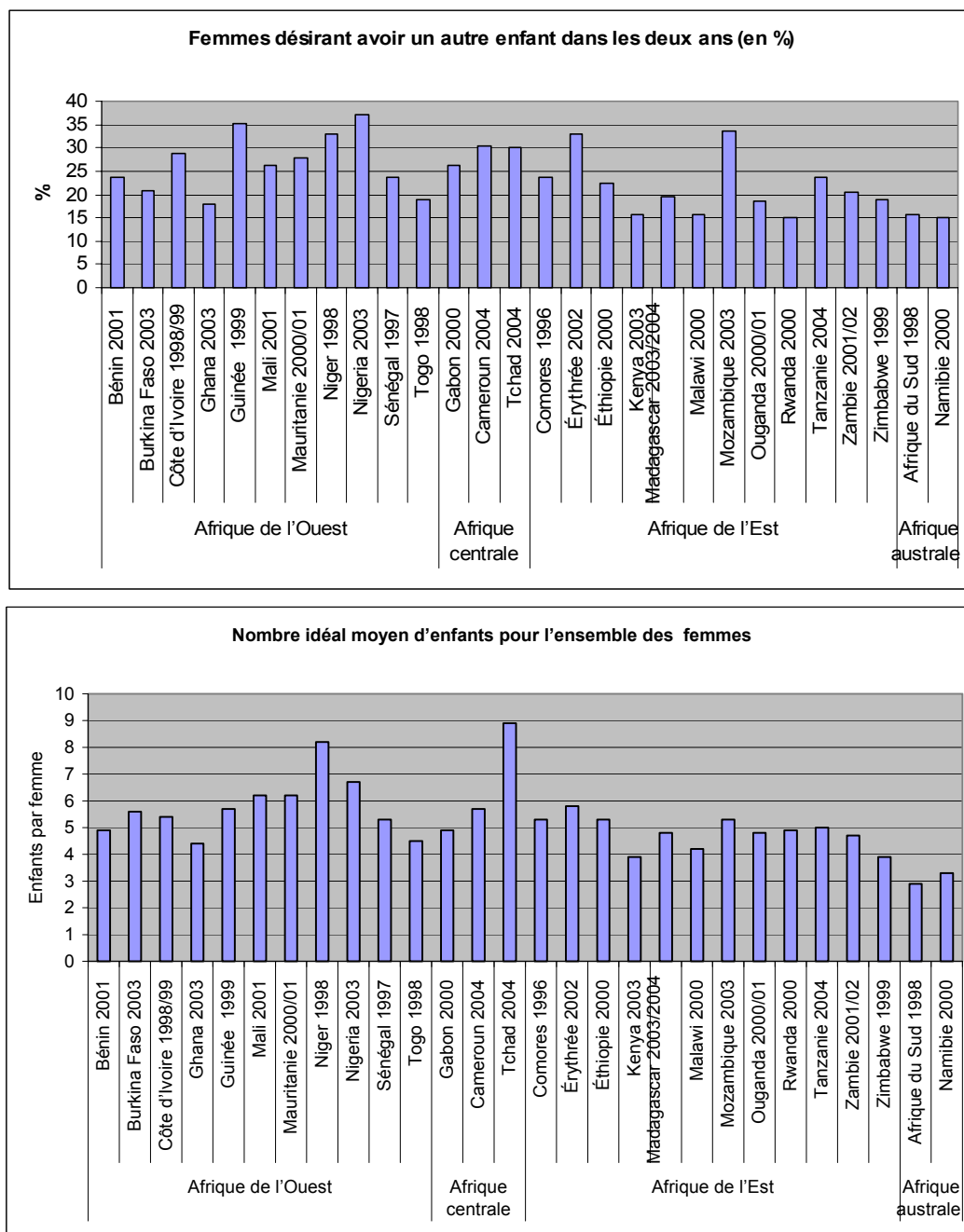
Pour les différents indicateurs choisis, nous pouvons disposer de données pour les pays qui ont réalisé au moins une EDS. Nous nous limiterons dans cette partie à ceux dont la dernière enquête est postérieure à 1995, soit 28 pays d'Afrique subsaharienne, en examinant l'enquête la plus récente dont les résultats sont disponibles.

#### *a) Le désir immédiat d'enfants*

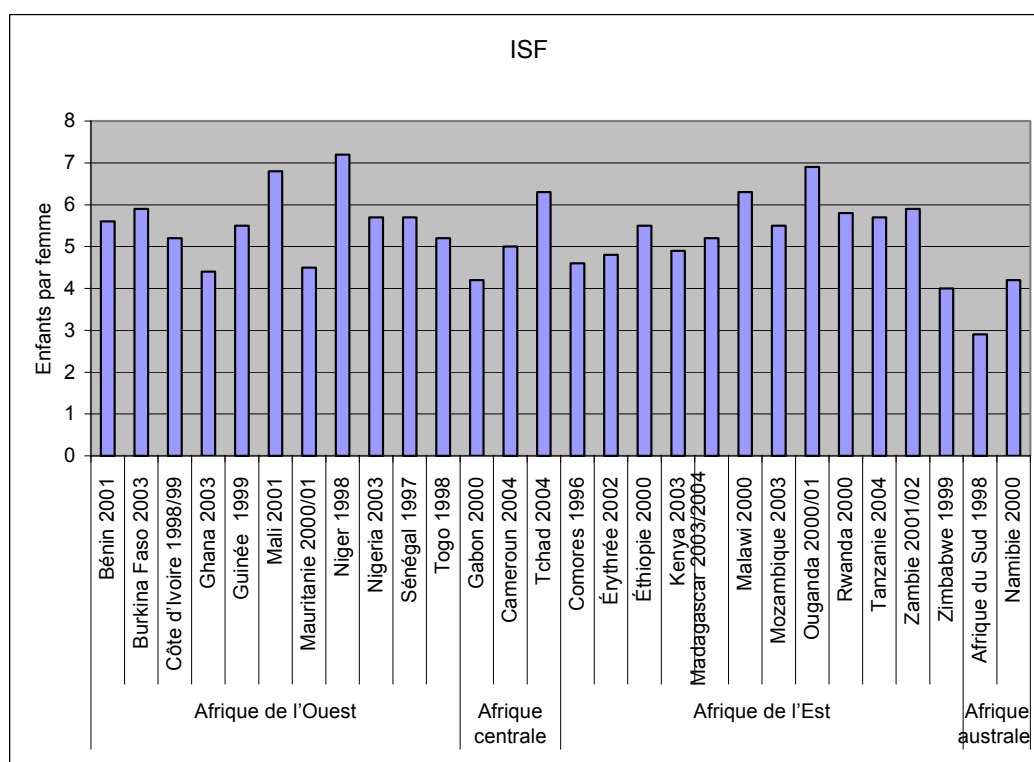
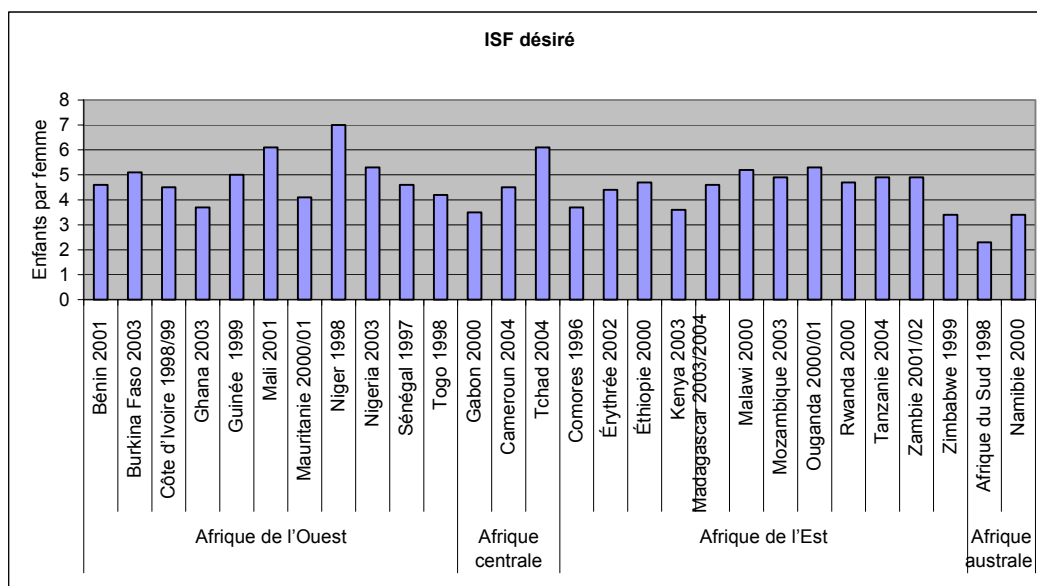
Le désir des femmes d'avoir un enfant dans les deux ans qui suivent l'enquête est bien représenté tout en étant très variable selon les pays, de 15 % à 37 % (figure 1). Ce souhait peut concerner ainsi plus d'1 femme sur 3 dans certains pays (Érythrée, Guinée, Mozambique, Niger, Nigeria) et moins d'1 femme sur 6 dans d'autres (Afrique du Sud, Kenya, Malawi, Namibie, Rwanda). Plus globalement, il est le fait de plus de 30 % de femmes dans 7 pays, de 20 % à 29 % dans 11 pays et il est compris entre 15 % et 19 % dans 10 pays. Cet indicateur n'est pas corrélé à l'ISF ( $R^2$  de 0,0651), mais il est en revanche relativement bien corrélé au nombre moyen idéal d'enfants souhaités par les femmes ( $R^2$  de 0,5426). Ce désir immédiat d'enfants varie selon l'âge de la femme et la parité, même s'il n'est pas nul en fin de vie féconde (45-49 ans) et pour les femmes ayant 6 enfants et plus.

# L'AFRIQUE FACE À SES DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES

**Figure 1. Indicateurs de la demande d'enfants par pays**



## LA DEMANDE D'ENFANTS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE



Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), <http://www.measuredhs.com/statcompiler>, 21 août 2006.

### b) Le nombre idéal d'enfants désirés

Si le nombre idéal d'enfants désirés varie énormément entre les pays du sous-continent, de 8,9 enfants par femme au Tchad à 2,9 en Afrique du Sud, il demeure élevé dans la majorité des pays. Pour plus de la moitié des pays (15 pays sur 28), ce nombre est égal ou supérieur à 5 enfants (figure 1). Il atteint les niveaux les plus élevés au Tchad et au Niger, où il est supérieur à 8 enfants, et au Nigeria, en Mauritanie et au Mali où il est supérieur à 6 enfants. Ce nombre est encore

## L'AFRIQUE FACE À SES DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES

supérieur à 4 enfants dans 9 pays. Il est inférieur à 4 enfants dans 4 pays seulement : au Kenya et au Zimbabwe (3,9), en Namibie (3,3) et en Afrique du Sud (2,9).

Le nombre idéal d'enfants désirés diminue en milieu urbain et avec l'instruction (tableau 1). En moyenne (non pondérée de la population des pays), sur l'ensemble des pays de notre échantillon, le nombre moyen d'enfants désirés est de 1,2 enfant plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural (tableau annexe 1). Cet écart est inférieur à 1 enfant dans 5 pays seulement : Comores (-0,6 enfant), Kenya, Malawi, Rwanda, Afrique du Sud (-0,7 enfant). Il est maximum au Niger (-2,4 enfants) ainsi qu'au Cameroun et en Mauritanie (-1,8 enfant) où les attentes des femmes en matière de descendance sont nettement plus faibles qu'en milieu rural.

Toujours en moyenne (non pondérée de la population des pays), sur l'ensemble des pays de notre échantillon, l'écart est plus important entre les femmes qui ont reçu une éducation primaire et les femmes non scolarisées (-1,3 enfant) qu'entre les femmes qui ont suivi un enseignement secondaire ou supérieur et les femmes qui ont reçu une éducation primaire (-1,0 enfant). L'écart entre le nombre idéal moyen d'enfants désirés des femmes d'éducation secondaire ou supérieure et celui des femmes non scolarisées est inférieur à 2 enfants dans 7 pays seulement : Afrique du Sud, Comores, Ghana, Malawi, Namibie, Rwanda, Sénégal, Zambie ; et il est supérieur à 3 enfants dans 5 pays : Cameroun, Kenya, Nigeria, Rwanda, Tchad.

On pourrait penser qu'avec la baisse de la fécondité on observerait une certaine homogénéité des attitudes en matière de taille idéale de la descendance entre les milieux de résidence et les niveaux d'instruction. En fait il n'en est rien : la corrélation entre l'ISF et la différence de nombre idéal d'enfants est faible si l'on considère cette différence selon le milieu de résidence ( $R^2$  de 0,2095) et plus encore si l'on considère cette différence selon l'instruction ( $R^2$  de 0,0569). Les idéaux démographiques peuvent varier fortement entre catégories de population, y compris dans un pays où la fécondité est faible, dans la mesure où la transition de la fécondité n'en est pas encore à son stade ultime et qu'elle s'articule à une certaine hétérogénéité des groupes de population quant à leur reproduction et à leurs attentes en ce domaine.

### c) L'indice synthétique de fécondité désirée

L'indice synthétique de fécondité désirée varie également beaucoup entre les pays du sous-continent : de 7 enfants par femme au Niger à 2,3 en Afrique du Sud, seul pays où cet indicateur est inférieur à 3 enfants. Il est supérieur à 6 enfants dans seulement 3 pays : au Niger, au Mali et au Tchad (6,1 enfants par femme). Il est compris entre 5 et 5,9 enfants par femme dans 5 pays, entre 4 et 4,9 enfants par femme dans 13 pays et entre 3 et 3,9 enfants par femme dans 6 pays (figure 1). Comme l'indice synthétique de fécondité, l'indice synthétique de fécondité désirée diminue en milieu urbain et avec l'augmentation de l'instruction.

**Tableau 1. Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction par pays**

Pays	Milieu de résidence		Niveau d'éducation			Total
	Urbain	Rural	Non scolarisée	Primaire	Secondaire ou supérieure	
<i>Afrique de l'Ouest</i>						
Bénin 2001	4,3	5,3	5,5	4,3	3,4	4,9
Burkina Faso 2003	4,2	5,9	5,9	4,6	3,6	5,6
Côte d'Ivoire 1998/99	4,6	5,9	6	4,9	3,9	5,4
Ghana 2003	3,9	4,9	5,7	4,3	3,8	4,4
Guinée 1999	4,8	6,1	6	4,6	4,2	5,7
Mali 2001	5,2	6,8	6,6	5,8	4,4	6,2
Mauritanie 2000/01	5,2	7	7,2	5,2	4,6	6,2
Niger 1998	6,3	8,7	8,6	6,8	5,2	8,2
Nigeria 2003	6	7	8,3	6,6	5,1	6,7
Sénégal 1997	4,5	6	5,8	4,6	4	5,3
Togo 1998	3,7	5	5,3	4,1	3,3	4,5
<i>Afrique centrale</i>						
Cameroun 2004	4,9	6,7	8,2	5,8	4,4	5,7
Gabon 2000	4,7	5,7	5,7	5,4	4,5	4,9
Tchad 2004	7,7	9,2	9,4	7,7	6	8,9
<i>Afrique de l'Est</i>						
Comores 1996	4,9	5,5	5,8	5	4,5	5,3
Érythrée 2002	5	6,4	6,7	5,3	4,5	5,8
Éthiopie 2000	4,1	5,6	5,7	4,4	3,5	5,3
Kenya 2003	3,4	4,1	6,7	3,8	3,1	3,9
Madagascar 2003/04	3,9	5,1	6,3	4,9	3,5	4,8
Malawi 2000	3,6	4,3	4,8	4,1	3,2	4,2
Mozambique 2003	4,6	5,7	5,9	5	3,4	5,3
Ouganda 2000/01	3,8	5,1	5,9	4,8	3,8	4,8
Rwanda 2000	4,3	5	5,2	4,9	4,1	4,9
Tanzanie 2004	4	5,4	6,2	4,8	3,6	5
Zambie 2001/02	4	5,2	5,7	5	3,8	4,7
Zimbabwe 1999	3,2	4,4	5,7	4,6	3,3	3,9
<i>Afrique australe</i>						
Afrique du Sud 1998	2,6	3,3	4,3	3,3	2,6	2,9
Namibie 2000	2,9	3,7	4,6	3,9	2,8	3,3

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), ORC Macro, 2006. MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 21 août 2006.

### 3) La demande d'enfants des jeunes générations féminines

Au-delà des données d'ensemble, toutes générations confondues, il est intéressant de considérer la demande d'enfants des femmes les plus jeunes (tableau 2). Celles-ci, n'ayant pas ou peu d'enfants, expriment une demande représentant une préférence à l'état pur, libre de tout effet de reconstruction *a posteriori* des désirs de fécondité en fonction de la descendance effective qui peut être exprimé par des femmes plus âgées. En outre, il s'agit ici de la demande qui aura le plus d'effet sur la fécondité future des différentes populations africaines, puisque ces femmes sont au début de leur vie reproductive qui se poursuivra dans les deux ou trois prochaines décennies.

**Tableau 2. Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des jeunes femmes selon l'âge et le pays**

Pays	15-19 ans	20-24 ans	Ensemble	Écart 15 à 19 ans - ensemble	Écart 20 à 24 ans - ensemble
<i>Afrique de l'Ouest</i>					
Bénin 2001	4,5	4,6	4,9	-0,4	-0,3
Burkina Faso 2003	5,1	5,2	5,6	-0,5	-0,4
Côte d'Ivoire 1998/99	4,5	4,6	5,4	-0,9	-0,8
Ghana 2003	3,8	3,8	4,4	-0,6	-0,6
Guinée 1999	4,9	5,1	5,7	-0,8	-0,6
Mali 2001	5,6	5,8	6,2	-0,6	-0,4
Mauritanie 2000/01	5,1	5,5	6,2	-1,1	-0,7
Niger 1998	7,3	7,7	8,2	-0,9	-0,5
Nigeria 2003	5,8	6,2	6,7	-0,9	-0,5
Sénégal 1997	4,8	5	5,3	-0,5	-0,3
Togo 1998	3,8	4	4,5	-0,7	-0,5
<i>Afrique centrale</i>					
Cameroun 2004	4,9	5,1	5,7	-0,8	-0,6
Gabon 2000	4	4,4	4,9	-0,9	-0,5
Tchad 2004	7,8	8,4	8,9	-1,1	-0,5
<i>Afrique de l'Est</i>					
Comores 1996	4,8	4,9	5,3	-0,5	-0,4
Érythrée 2002	4,8	5,3	5,8	-1	-0,5
Éthiopie 2000	4,2	4,9	5,3	-1,1	-0,4
Kenya 2003	3,6	3,4	3,9	-0,3	-0,5
Madagascar 2003/04	4,3	4,4	4,8	-0,5	-0,4
Malawi 2000	3,4	3,7	4,2	-0,8	-0,5
Mozambique 2003	4,1	4,6	5,3	-1,2	-0,7
Ouganda 2000/01	4,1	4,3	4,8	-0,7	-0,5
Rwanda 2000	5,1	4,7	4,9	0,2	-0,2
Tanzanie 2004	4,3	4,5	5	-0,7	-0,5
Zambie 2001/02	4	4,2	4,7	-0,7	-0,5
Zimbabwe 1999	3,2	3,3	3,9	-0,7	-0,6
<i>Afrique australe</i>					
Afrique du Sud 1998	2,2	2,4	2,9	-0,7	-0,5
Namibie 2000	2,4	2,7	3,3	-0,9	-0,6

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), ORC Macro, 2006. MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 29 septembre 2006.

Si l'on porte notre attention sur les femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans, on constate que leur demande d'enfants est inférieure à la demande moyenne exprimée tous âges confondus, sans que la différence soit très importante, la descendance moyenne souhaitée des jeunes générations dépassant encore 4,5 enfants. Ainsi, en moyenne non pondérée des populations des pays, le nombre d'enfants souhaités est de 4,5 enfants pour les femmes de 15-19 ans, de 4,7 enfants pour celles de 20-24 ans, contre 5,2 enfants pour l'ensemble des femmes. Dans la grande majorité des pays considérés, le nombre idéal d'enfants souhaités par les jeunes femmes de 15-19 ans est inférieur à la moyenne nationale d'au moins 0,5 enfant et la différence peut atteindre 1 enfant ou plus en Éthiopie, en Érythrée, en Mauritanie, au Mozambique et au Tchad. Quant à la différence du

nombre idéal d'enfants souhaités par les jeunes femmes de 20-24 ans avec la moyenne nationale, elle est plus faible et plus homogène : entre 0,2 et 0,7 enfant par femme.

Nous pouvons ainsi considérer que la demande des jeunes générations ne marque pas de rupture, bien qu'étant inférieure à celle exprimée par les générations plus âgées. L'écart entre le souhait des jeunes femmes et celui de l'ensemble de la population féminine en âge de procréation est cependant sensiblement plus important en milieu rural qu'en ville : -0,8 *versus* -0,5 pour les femmes de 15-19 ans, et -0,5 *versus* -0,4 pour celles de 20-24 ans (voir tableau annexe 2). En outre, l'écart entre les milieux de résidence est plus faible pour les jeunes générations que pour l'ensemble des femmes. Ceci pourrait être le signe d'un début d'homogénéisation des idéaux de fécondité à l'intérieur du monde urbain et entre monde rural et monde urbain, sans que nous puissions préjuger qu'il s'agit là d'un préalable à une réelle homogénéisation des comportements.

#### 4) *La demande d'enfants des hommes*

Dans les couples africains, le pouvoir de négociation et de décision des femmes en matière de procréation est traditionnellement assez faible et celles-ci doivent se soumettre en grande partie aux désirs de leur conjoint, qui décide du nombre d'enfants, et aux attentes de la famille élargie et du lignage, qui souhaitent garantir leur pérennité. L'influence du lignage sur les idéaux individuels de fécondité s'est considérablement affaiblie en ville, dans les zones rurales où l'économie est monétarisée et lorsque la femme acquiert une certaine instruction, synonyme, le plus souvent, d'une certaine autonomie et liberté de penser et d'action qui permet aux femmes d'avoir leur propre jugement en matière de fécondité. Par contre la soumission des femmes aux désirs de leur mari prédomine encore dans certains milieux ruraux et dans des couches non éduquées de la population.

Quels que soient la situation et le type de négociation qui prévalent au sein des couples, les hommes conservent un fort pouvoir de décision en matière de procréation (Andro et Hertrich, 2001), et il est utile d'évaluer leurs attentes en la matière. Les résultats à l'échelle nationale de 26 pays d'Afrique subsaharienne montrent une grande diversité (tableau 3). Depuis les pays où le nombre idéal moyen d'enfants désirés dépasse 10 enfants : Tchad (12,0) et Niger (10,8), jusqu'aux pays où ce nombre est seulement de 4 enfants : Ghana, Kenya, Malawi, Namibie, Rwanda et Zimbabwe. Entre ces extrêmes, on trouve 1 pays où le nombre moyen est de 8,6 enfants, 5 pays où il est compris entre 7 et 7,9 enfants, 5 pays également où il est compris entre 6 et 6,9 enfants et 7 pays où il est compris entre 5 et 5,9 enfants, une grande diversité et une dispersion assez équilibrée par conséquent. Le désir des hommes d'avoir un nombre réduit d'enfants semble prédominer dans les pays où la fécondité est faible, et l'inverse est également vrai : les hommes expriment le désir d'un nombre élevé d'enfants dans les pays où la fécondité est forte. Pourtant, la corrélation de l'indice synthétique de fécondité avec le nombre idéal d'enfants pour les hommes est assez faible, et plus faible que ce qu'il en est avec le nombre idéal d'enfants des femmes ( $R^2 = 0,277$ , contre  $R^2 = 0,351$ ). D'ailleurs dans 20 pays sur 26, le nombre idéal d'enfants que souhaitent avoir les hommes est supérieur à la fécondité du moment, ce qui est



une différence sensible par rapport aux femmes, pour lesquelles le rapport est plutôt inverse<sup>3</sup>.

Comme pour les femmes, le nombre d'enfants désirés par les hommes est plus faible en milieu urbain et dans les milieux instruits ; cette différence est forte dans les pays où la fécondité est encore élevée et beaucoup plus faible lorsque la transition de la fécondité est avancée (tableau 3).

Sauf au Rwanda où la différence d'idéal est de 0,1 enfant plus élevé chez les femmes, les hommes désirent, en moyenne, plus d'enfants que les femmes, avec une moyenne de 1,1 enfant de plus. Certains pays se caractérisent par une différence très importante : le Tchad (3,1), le Niger et le Sénégal (2,6) ; ce sont des pays où le nombre idéal déclaré par les hommes est important. D'autres pays se distinguent par une forte proximité d'idéal entre hommes et femmes : le Zimbabwe (0,2), la Tanzanie (0,3) et le Kenya (0,4).

---

3. Il s'agit là de la fécondité féminine du moment : la comparaison avancée ici est donc un peu biaisée. Mais nous n'avons pas d'information sur la fécondité masculine pour offrir plus de précision.

## LA DEMANDE D'ENFANTS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

**Tableau 3. Nombre idéal moyen d'enfants désirés pour l'ensemble des hommes selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction par pays**

Pays	Milieu de résidence		Niveau d'éducation			Total	
	Urbain	Rural	Non scolarisée	Primaire	Secondaire ou supérieure	Hommes	Femmes
<i>Afrique de l'Ouest</i>							
Bénin 2001	5,2	7,6	8,9	6,0	4,3	6,6	4,9
Burkina Faso 2003	4,1	7,1	7,3	6,3	3,8	6,3	5,6
Côte d'Ivoire 1998/99	4,7	7,4	8,3	5,3	4,6	6,2	5,4
Ghana 2003	4,1	5,5	7,8	4,6	3,8	4,8	4,4
Guinée 1999	5,1	8,2	8,6	5,8	4,9	7,1	5,7
Mali 2001	5,9	8,7	8,8	7,1	5,0	7,7	6,2
Mauritanie 2000/01	6,5	8,9	9,2	7,0	6,4	7,6	6,2
Niger 1998	7,2	12,0	12,5	8,3	6,4	10,8	8,2
Nigeria 2003	6,6	9,8	14,4	9,0	6,8	8,6	6,7
Sénégal 1997	5,9	9,8	10,2	6,3	4,9	7,9	5,3
Togo 1998	3,9	5,9	7,7	5,2	4,0	5,2	4,5
<i>Afrique centrale</i>							
Cameroun 1998	5,8	8,1	13,2	7,5	5,5	7,2	6,0
Gabon 2000	-	-	-	-	-	5,8	4,9
Tchad 2004	9,5	12,9	14,7	10,4	8,4	12,0	8,9
<i>Afrique de l'Est</i>							
Comores 1996	5,2	5,9	6,7	5,5	4,7	5,7	5,3
Érythrée 2002	-	-	-	-	-	-	5,8
Éthiopie 2000	-	-	-	-	-	6,4	5,3
Kenya 2003	4,0	4,5	9,4	4,3	3,5	4,3	3,9
Madagascar 2003/04	4,4	5,8	8,3	5,7	3,7	5,4	4,8
Malawi 2000	-	-	-	-	-	4,8	4,2
Mozambique 2003	4,9	7,0	7,0	6,4	4,2	6,1	5,3
Ouganda 2000/01	4,4	5,9	7,2	5,8	4,8	5,6	4,8
Rwanda 2000	4,3	5,0	5,0	4,9	4,2	4,8	4,9
Tanzanie 2004	3,9	5,8	7,9	5,3	3,8	5,3	5
Zambie 2001/02	4,4	5,9	6,0	5,9	4,5	5,3	4,7
Zimbabwe 1999	3,5	4,5	6,3	4,8	3,6	4,1	3,9
<i>Afrique australe</i>							
Afrique du Sud 1998	-	-	-	-	-	-	2,9
Namibie 2000	4,0	4,6	6,1	4,5	3,5	4,3	3,3

Source : Rapport de l'enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Cameroun 1998 et Malawi 2000).

### 5) Évolution de la demande d'enfants

Nous allons examiner dans cette partie l'évolution de la demande d'enfants, exprimée par le nombre idéal d'enfants souhaités par les femmes et par l'indice synthétique de fécondité désirée. Nous mènerons l'analyse à partir des résultats des 22 pays qui disposent d'au moins deux enquêtes démographiques et de santé, en prenant pour chacun de ces pays, les enquêtes, dont les résultats sont disponibles, qui permettent l'observation de la période la plus longue.

## L'AFRIQUE FACE À SES DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES

### a) Évolution du nombre idéal d'enfants désirés

Le nombre idéal d'enfants désirés augmente dans seulement 3 pays depuis la fin des années 1980 : Nigeria, Rwanda et Tchad, et il est stable au Niger (tableau annexe 3). Dans les 18 autres pays, le nombre idéal diminue. Si l'on examine ce que serait l'évolution, estimée durant la période d'observation, sur une période de 10 ans, on constate, en exceptant les pays où le nombre idéal d'enfants est stable ou en augmentation, que :

- la baisse est très faible, de 0,2 à 0,3 enfant dans 3 pays : Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Érythrée ;
- la baisse est comprise entre 0,4 et 0,9 enfant dans 8 pays : Cameroun, Ghana, Kenya, Madagascar, Mali, Tanzanie, Togo et Zimbabwe ;
- la baisse est égale ou supérieure à 1 enfant dans 7 pays : Bénin, Malawi, Mozambique, Namibie (où elle dépasse 2 enfants), Ouganda, Sénégal et Zambie.

Sur une période d'une dizaine d'années, on peut estimer que la demande d'enfants – exprimée par le nombre idéal d'enfants souhaités par les femmes – baisse très faiblement ou même augmente dans le tiers de notre échantillon, diminue sensiblement, tout en étant inférieure à 1 enfant, dans un autre tiers, et diminue plus nettement (d'1 enfant ou plus) dans le tiers restant.

Si l'on raisonne en proportion, la diminution atteint des niveaux qui sont importants dans un nombre notable de pays. Estimée sur une dizaine d'années, la baisse du nombre idéal d'enfants souhaités atteint 43 % en Namibie, soit une diminution de près de la moitié, et elle est d'environ 20 % dans 7 pays : Bénin, Malawi, Mozambique, Ouganda, Sénégal, Zambie et Zimbabwe. Cette diminution significative concerne des pays qui sont à des stades distincts de leur transition de la fécondité et qui se trouvaient, au début de la période d'observation, au tout début de la baisse de la demande d'enfants (Ouganda et Sénégal) ou, au contraire, dans une baisse déjà bien entamée (Zimbabwe et Malawi). Pour les autres pays, la baisse, lorsqu'elle existe, ne dépasse pas 15 %.

### b) Évolution de l'indice synthétique de fécondité désirée

L'indice synthétique de fécondité désirée augmente, mais faiblement, dans seulement 4 pays : Côte d'Ivoire, Mozambique, Niger et Rwanda, et il est stable au Tchad (tableau annexe 4). Dans les 17 autres pays, cet indice diminue. Si l'on examine ce que serait l'évolution, estimée durant la période d'observation, sur une période de 10 ans, on constate, en exceptant les pays où l'indice synthétique de fécondité désirée est stable ou en augmentation, que :

- la baisse est comprise entre 0,4 et 0,9 enfant dans 13 pays, soit la majorité : Bénin, Cameroun, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe ;
- la baisse est supérieure à 1 enfant dans 4 pays : Burkina Faso, Érythrée, Ghana et Namibie.

Si l'on examine la baisse de cet indice en proportion, la diminution atteint des niveaux qui sont importants dans un pays sur cinq. Calculée sur une dizaine d'années, la baisse de l'indice synthétique de fécondité désirée dépasse 20 % au Burkina Faso, au Ghana et au Zimbabwe, et dépasse 30 % en Namibie et en Érythrée. Dans une dizaine de pays, la baisse est comprise entre 10 et 19 %. Pour

2 pays, elle est d'environ 5 % et pour les autres, déjà signalés, on observe une stagnation ou une hausse de cet indicateur.

Les évolutions du nombre idéal d'enfants désirés et de l'indice synthétique de fécondité désirée sont généralement semblables pour un même pays, seule l'intensité de l'évolution peut différer. On relève tout spécialement que ces deux indicateurs augmentent au Rwanda, qu'ils sont stables ou qu'ils augmentent au Niger et au Tchad, et, qu'à l'inverse, en Namibie et au Zimbabwe, ils baissent fortement. Quelques pays se distinguent cependant par une contradiction : au Nigeria, le nombre idéal d'enfants désirés augmente mais l'indice synthétique de fécondité désirée diminue ; à l'inverse, en Côte d'Ivoire et au Mozambique, le nombre idéal d'enfants désirés diminue mais l'indice synthétique de fécondité désirée augmente.

### *6) Demande d'enfants et fécondité*

Nous examinerons successivement la relation de l'indice synthétique de fécondité avec le nombre idéal d'enfants puis avec l'indice synthétique de fécondité désirée.

#### *a) Demande d'enfants et fécondité du moment*

Même si le nombre idéal d'enfants désirés n'a pas une forte corrélation avec l'ISF ( $R^2$  de 0,3515), on constate que les pays où le nombre idéal d'enfants est le plus faible ont une fécondité du moment plutôt réduite, et qu'à l'inverse ceux où le nombre idéal d'enfants est le plus élevé ont une fécondité du moment plutôt élevée.

Si l'on admet que le nombre idéal d'enfants désirés représente la demande d'enfants exprimée au moment de l'enquête, de même que l'ISF constitue le niveau de la fécondité du moment, on observe que, au moment des enquêtes, la demande d'enfants est supérieure à la fécondité dans 8 pays, elle est égale ou pratiquement égale (différence inférieure à 0,3 enfant) à la fécondité dans 7 pays, et inférieure à la fécondité du moment dans 13 pays (tableau 4). On peut donc admettre que la demande d'enfants est plutôt inférieure à la fécondité en Afrique subsaharienne.

Si l'on considère les niveaux de la fécondité du moment dans chacun de ces groupes de pays, on constate qu'ils sont relativement divers et la fécondité du moment a tendance à être, en moyenne, légèrement plus élevée lorsqu'elle est supérieure à la demande d'enfants, ce qui est relativement normal<sup>4</sup>. La demande de fécondité peut être supérieure à la fécondité dans des pays qui sont bien engagés dans leur transition de la fécondité (le Gabon ou la Mauritanie par exemple) mais aussi dans des pays où elle n'est pas amorcée (comme le Niger). De même, la demande de fécondité est inférieure à la fécondité dans des pays qui sont nettement engagés dans leur transition de la fécondité (la Namibie ou le Kenya par exemple) et dans des pays où elle est très faiblement amorcée (comme le Mali ou l'Ouganda).

---

4. L'ISF moyen est de 5,7 pour les pays où le nombre idéal d'enfants est inférieur à la fécondité, de 5,3 lorsque ce nombre est supérieur à la fécondité et de 4,7 lorsqu'il existe une relative égalité (ceci en moyenne non pondérée de la population des pays).

**Tableau 4. Relation entre le nombre idéal moyen d'enfants et l'ISF par pays**

	Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes	ISF	Écart (nombre idéal moyen d'enfants - ISF)
<i>Nombre idéal moyen d'enfants supérieur à l'ISF : 8 pays</i>			
Cameroun 2004	5,7	5,0	0,7
Comores 1996	5,3	4,6	0,7
Érythrée 2002	5,8	4,8	1,0
Gabon 2000	4,9	4,2	0,7
Mauritanie 2000/01	6,2	4,5	1,7
Niger 1998	8,2	7,2	1,0
Nigeria 2003	6,7	5,7	1,0
Tchad 2004	8,9	6,3	2,6
<i>Nombre idéal moyen d'enfants égal à l'ISF : 7 pays</i>			
Afrique du Sud 1998	2,9	2,9	0
Côte d'Ivoire 1998/99	5,4	5,2	0,2
Éthiopie 2000	5,3	5,5	-0,2
Ghana 2003	4,4	4,4	0
Guinée 1999	5,7	5,5	0,2
Mozambique 2003	5,3	5,5	-0,2
Zimbabwe 1999	3,9	4,0	-0,1
<i>Nombre idéal moyen d'enfants inférieur à l'ISF : 13 pays</i>			
Bénin 2001	4,9	5,6	-0,7
Burkina Faso 2003	5,6	5,9	-0,3
Kenya 2003	3,9	4,9	-1
Madagascar 2003/04	4,8	5,2	-0,4
Malawi 2000	4,2	6,3	-2,1
Mali 2001	6,2	6,8	-0,6
Namibie 2000	3,3	4,2	-0,9
Ouganda 2000/01	4,8	6,9	-2,1
Rwanda 2000	4,9	5,8	-0,9
Sénégal 1997	5,3	5,7	-0,4
Tanzanie 2004	5,0	5,7	-0,7
Togo 1998	4,5	5,2	-0,7
Zambie 2001/02	4,7	5,9	-1,2

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), ORC Macro, 2006. MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 21 août 2006.

#### b) Fécondité désirée, fécondité non désirée et fécondité observée

Pour ce qui concerne la fécondité désirée exprimée par l'ISF désirée, nous avons vu ce qu'il en est de la nature de cet indicateur et de son niveau dans les différents pays. L'intérêt de l'indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) est qu'il permet d'obtenir, par déduction de l'ISF, l'ISF non désirée (tableau 5). Cet indice synthétique de fécondité non désirée représente le nombre de naissances que les femmes ont eu et qu'elles ne souhaitaient pas, constituant ainsi un

## LA DEMANDE D'ENFANTS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

indicateur de la fécondité du moment non désirée et une estimation de l'échec du contrôle de la fécondité au moment de l'enquête. Pour les 28 pays étudiés, en moyenne non pondérée, l'ISF non désirée est égal à 0,75 enfant par femme pour un ISF de 5,33 enfants et un ISFD de 4,58 enfants ; la fécondité non désirée représente donc 14 % de la fécondité totale du moment et la fécondité désirée 86 %.

**Tableau 5. ISF désirée, ISF non désirée et ISF par pays**

Pays	ISF (enfants par femme) (1)	ISF désirée (enfants par femme) (2)	ISF non désirée (enfants par femme) (3 = 1-2)	ISF désirée (en proportion de l'ISF) (2/1)	ISF non désirée (en proportion de l'ISF) (3/1)
<i>Afrique de l'Ouest</i>					
Bénin 2001	5,6	4,6	1	0,82	0,18
Burkina Faso 2003	5,9	5,1	0,8	0,86	0,14
Côte d'Ivoire 1998/99	5,2	4,5	0,7	0,87	0,13
Ghana 2003	4,4	3,7	0,7	0,84	0,16
Guinée 1999	5,5	5	0,5	0,91	0,09
Mali 2001	6,8	6,1	0,7	0,90	0,10
Mauritanie 2000/01	4,5	4,1	0,4	0,91	0,09
Niger 1998	7,2	7	0,2	0,97	0,03
Nigeria 2003	5,7	5,3	0,4	0,93	0,07
Sénégal 1997	5,7	4,6	1,1	0,81	0,19
Togo 1998	5,2	4,2	1	0,81	0,19
<i>Afrique centrale</i>					
Cameroun 2004	5	4,5	0,5	0,90	0,10
Gabon 2000	4,2	3,5	0,7	0,83	0,17
Tchad 2004	6,3	6,1	0,2	0,97	0,03
<i>Afrique de l'Est</i>					
Comores 1996	4,6	3,7	0,9	0,80	0,20
Érythrée 2002	4,8	4,4	0,4	0,92	0,08
Éthiopie 2000	5,5	4,7	0,8	0,85	0,15
Kenya 2003	4,9	3,6	1,3	0,73	0,27
Madagascar 2003/04	5,2	4,6	0,6	0,88	0,12
Malawi 2000	6,3	5,2	1,1	0,83	0,17
Mozambique 2003	5,5	4,9	0,6	0,89	0,11
Ouganda 2000/01	6,9	5,3	1,6	0,77	0,23
Rwanda 2000	5,8	4,7	1,1	0,81	0,19
Tanzanie 2004	5,7	4,9	0,8	0,86	0,14
Zambie 2001/02	5,9	4,9	1	0,83	0,17
Zimbabwe 1999	4	3,4	0,6	0,85	0,15
<i>Afrique australe</i>					
Afrique du Sud 1998	2,9	2,3	0,6	0,79	0,21
Namibie 2000	4,2	3,4	0,8	0,81	0,19

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), ORC Macro, 2006. MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 21 août 2006.

L'ISF non désirée atteint ou dépasse 1 enfant par femme dans 8 pays : Bénin, Kenya, Malawi, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Togo et Zambie (tableau 5). Ces pays sont d'appartenance régionale distincte et se situent à des niveaux de fécondité différents (de 4,9 à 6,9 enfants par femme). Ainsi au Kenya, sur les

4,9 enfants par femme, niveau de la fécondité du moment, le nombre d'enfants non désirés atteint 1,3 enfant, alors qu'en Ouganda ce nombre est d'1,6 enfant sur 6,9 enfants par femme. Pour 15 pays, cet indicateur est compris entre 0,5 et 0,9 enfant par femme. Et pour 5 pays seulement, l'indicateur est inférieur à 0,5 enfant par femme : Érythrée, Mauritanie, Niger, Nigeria et Tchad, pays qui se situent pourtant à des niveaux de fécondité variés, de 4,5 à 7,2 enfants par femme. La fécondité non désirée n'est donc pas corrélée à la fécondité du moment ( $R^2 = 0,0216$ ) et un échec relativement fort du contrôle de la fécondité peut aussi bien caractériser des pays à forte fécondité (Ouganda, Malawi) que des pays à fécondité plus faible (Kenya, Togo). De même, ce qui peut apparaître comme un contrôle de la fécondité satisfaisant pour les femmes s'exprime aussi bien dans des pays à faible fécondité (Érythrée, Mauritanie) qu'au sein de pays à la fécondité plus élevée (Niger et Tchad).

En proportion de l'ISF, cette fécondité non désirée représente 20 % ou plus dans 4 pays : Afrique du Sud, Comores, Kenya, Ouganda ; elle représente moins de 10 % dans 6 pays : Érythrée, Guinée, Mauritanie, Niger, Nigeria et Tchad. Et pour les autres, la majorité, elle est comprise entre 10 et 19 %.

### 7) *Demande d'enfants et fécondité : quelles évolutions ?*

#### a) Évolution des différences entre l'indice synthétique de fécondité et le nombre idéal d'enfants désirés

L'évolution de l'écart entre l'indice synthétique de fécondité (ISF) et le nombre idéal d'enfants désirés nous permet d'évaluer l'évolution de la différence entre la fécondité observée et la demande d'enfants. Il existe plusieurs niveaux de lecture de cette évolution. Le premier niveau concerne la distance entre la demande des femmes en matière de fécondité et la fécondité effective. Indépendamment du sens de cet écart, la diminution de celui-ci exprime un rapprochement de la fécondité des femmes avec leurs attentes en la matière. À l'inverse, une augmentation de cet écart traduit un décalage croissant entre ces attentes et la fécondité. Pour 2 pays seulement, la Côte d'Ivoire et le Sénégal, la grandeur de l'intervalle ne change pas sur la période observée. Pour 10 pays cet intervalle augmente et pour 11 pays il diminue, soit un partage égal (tableau annexe 5). On peut donc estimer que globalement, à l'échelle du sous-continent, il n'existe aucune tendance nette quant au rapprochement ou à l'éloignement des attentes des femmes vis-à-vis de leur fécondité.

Un second niveau de lecture intègre le sens de la différence entre l'indice synthétique de fécondité et le nombre idéal d'enfants désirés, sens qui varie selon les pays (voir *supra*) et parfois dans le temps pour un même pays. Ce niveau permet également d'apprécier si, dans une période de baisse de la fécondité, pour la majorité des pays et de manière plus ou moins sensible selon ceux-ci, cette baisse permet de rapprocher les attentes des femmes de la fécondité observée. Tout d'abord, on constate que lors de la première enquête comme de la seconde, pour 6 pays seulement, sur 22 au total, la demande d'enfants est supérieure à la fécondité du moment. Par conséquent, pour 2 pays sur 3 la fécondité est supérieure à la demande d'enfants.

Si l'on observe plus précisément les évolutions en la matière, on constate qu'elles sont diverses tout en mettant en évidence deux situations principales

(tableau 6). Dans la première, la demande d'enfants est inférieure à la fécondité mais l'écart entre les deux indicateurs s'accroît, ce qui signifie que la demande d'enfants diminue plus vite que la fécondité du moment. Cette situation est celle de 7 pays : Bénin, Malawi, Mali, Namibie, Ouganda, Tanzanie et Zambie. Dans la deuxième situation, la demande est inférieure à la fécondité et la différence entre les deux indicateurs diminue, ce qui nous indique que la fécondité correspond mieux à la demande des femmes. Cette situation se rencontre dans 6 pays : Burkina Faso, Kenya, Madagascar, Rwanda, Togo, Zimbabwe. Les autres situations sont nettement plus marginales.

**Tableau 6. Les tendances de la relation entre la demande de fécondité et la fécondité du moment**

Évolution	Pays concernés
La demande est inférieure à la fécondité mais leur écart s'accroît = Malgré la baisse de la fécondité, la demande d'enfants diminue plus vite que la fécondité	Bénin, Malawi, Mali, Namibie, Ouganda, Tanzanie, Zambie
La demande est inférieure à la fécondité et la différence diminue = La baisse de la fécondité permet de réduire l'écart entre celle-ci et la demande des femmes	Burkina Faso, Kenya, Madagascar, Rwanda, Togo, Zimbabwe
Passage d'une demande inférieure à la fécondité à une demande supérieure à la fécondité = Avec la baisse de la fécondité, la demande lui devient supérieure	Érythrée, Nigeria
La demande est supérieure à la fécondité mais l'écart diminue = La fécondité se rapproche de la demande des femmes	Cameroun, Niger
La demande est supérieure à la fécondité et l'écart est stable = Les baisses de la demande et de la fécondité sont comparables	Côte d'Ivoire
La demande est supérieure à la fécondité et l'écart s'accroît = L'augmentation de la demande s'articule avec une petite baisse de la fécondité	Tchad
La demande est inférieure à la fécondité et la différence est stable = Les baisses de la demande et de la fécondité sont comparables	Ghana
Passage d'une demande supérieure à la fécondité à une demande inférieure à la fécondité = La demande d'enfants diminue plus vite que la fécondité (Sénégal) ou diminue alors que la fécondité augmente (Mozambique)	Mozambique, Sénégal

#### b) Évolution des différences entre l'indice synthétique de fécondité désirée et l'indice synthétique de fécondité

L'évolution de l'écart entre l'indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) et l'indice synthétique de fécondité (ISF) nous permet d'évaluer l'évolution du contrôle de la fécondité tel qu'il est perçu par les femmes elles-mêmes. La diminution de cet écart exprime un contrôle croissant des femmes sur leur fécondité, et à l'inverse l'augmentation de cet écart traduit un affaiblissement du contrôle de la fécondité.

Dans 3 pays (Bénin, Érythrée et Niger), l'écart n'évolue pas, dans 10 pays il régresse et dans 9 pays il augmente, soit un partage pratiquement égal à l'échelle de l'Afrique subsaharienne entre les pays où le contrôle de la fécondité semble progresser et ceux où il paraît s'affaiblir d'après les réponses des femmes (tableau annexe 6).

L'évolution de l'écart ISFD-ISF est relativement faiblement corrélée avec l'évolution de l'ISF lui-même ( $R^2 = 0,2$ ), ce qui signifie que l'amélioration du contrôle de la fécondité exprimée par les femmes dans un pays donné est assez indépendante de l'intensité de la baisse de la fécondité elle-même.

Quelques pays peuvent être distingués à ce sujet. Nous avons ainsi des pays où le contrôle régresse alors que la fécondité diminue assez nettement, comme par exemple en Namibie, en Ouganda, au Sénégal et en Tanzanie, c'est-à-dire que



dans ces pays, les attentes des femmes en matière de diminution de leur fécondité sont plus fortes que ce qu'elles réalisent en matière de baisse effective de leur fécondité. De manière inverse, au Kenya et au Rwanda, la diminution de la fécondité du moment s'accompagne d'une amélioration nette du contrôle de la fécondité exprimée par les femmes. Ainsi dans ces deux pays, durant la période d'observation (14 et 8 ans respectivement), le contrôle de la fécondité progresse nettement pour les femmes avec une réduction de l'écart entre l'indice synthétique de fécondité et l'indice synthétique de fécondité désirée de 0,9 enfant par femme, ceci dans une phase de baisse plus ou moins accusée de la fécondité (-1,8 enfant par femme au Kenya, et -0,4 enfant par femme au Rwanda).

### c) De la baisse de la demande d'enfants à la baisse de la fécondité

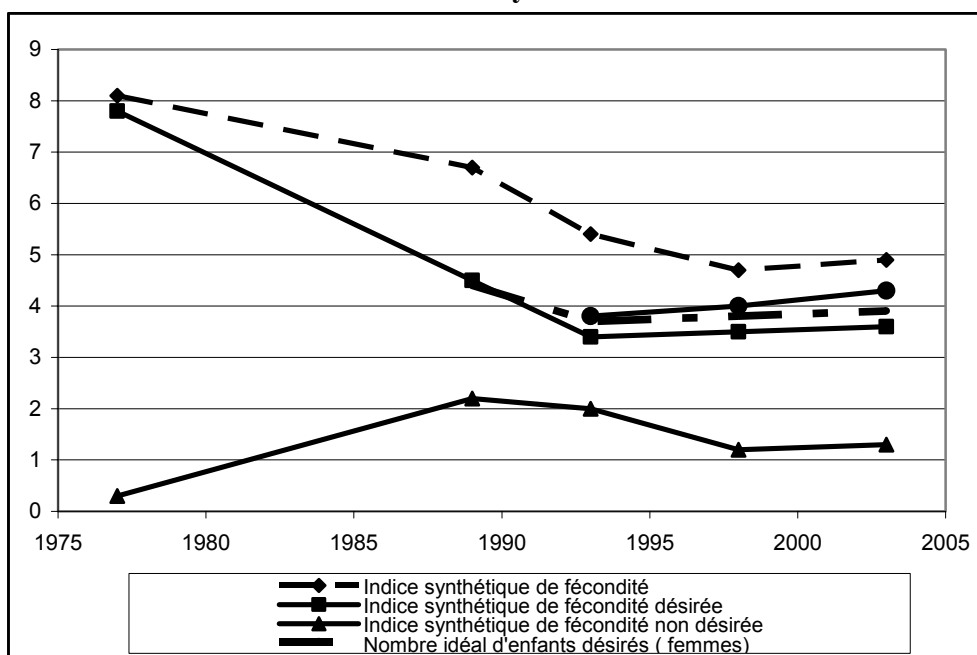
Nous avons noté une diminution de la demande d'enfants, plus ou moins sensible, dans la majorité des pays d'Afrique subsaharienne. Pour que cette diminution de la demande d'enfants se concrétise en baisse effective de la fécondité, une progression du contrôle de la fécondité, quel qu'en soit le moyen, est nécessaire, afin de permettre aux femmes et aux couples de réguler le nombre de leurs enfants comme ils le souhaitent. Or, l'évolution générale des attitudes et des comportements reproductifs s'accompagne le plus souvent d'un accroissement de la fécondité non désirée en début de transition, faute de contrôle suffisant, avant que cette fécondité non désirée ne s'affaiblisse dans un deuxième temps, dans le cadre d'une tendance en U inversé (Bongaarts, 2003).

Les transitions de la fécondité dans les pays d'Afrique subsaharienne ont bien sûr toutes leurs spécificités, mais le Kenya est représentatif d'une certaine forme d'évolution (tableau 7 et figure 2). Lorsque la fécondité est à son maximum, 8,1 enfants par femme à la fin des années 1970, la demande d'enfants est forte et la fécondité non désirée très faible (0,3 enfant) ; cela correspond à une offre d'enfants forte et en progression compte tenu des progrès sanitaires, notamment dans le domaine de la santé reproductive. La première phase de transition de la fécondité (fin des années 1980-début des années 1990) correspond à une baisse très nette de la demande d'enfants et aussi à une augmentation de la fécondité non désirée, faute de contrôle suffisant de la fécondité. La seconde phase de la transition (fin des années 1990-début des années 2000) correspond, elle, à une baisse nette de la fécondité non désirée, grâce à une amélioration du contrôle de la fécondité et notamment de la contraception, à un moment où la demande d'enfants se stabilise. Quant au Sénégal, autre transition particulière, il se situe encore dans une première étape de la transition, avec un décalage d'une dizaine d'années par rapport au Kenya. La baisse de la fécondité y est moins rapide que celle de la demande d'enfants et on a pu noter une augmentation de la fécondité non désirée du fait notamment d'une stagnation de la pratique contraceptive depuis 20 ans.

**Tableau 7. Évolution de l'indice synthétique de fécondité, de la demande d'enfants et de la prévalence contraceptive au Kenya et au Sénégal**

	Indice synthétique de fécondité	Indice synthétique de fécondité désirée	Indice synthétique de fécondité non désirée	Nombre idéal d'enfants désirés		Prévalence contraceptive, ensemble des femmes (en %)
				Ensemble des femmes	Ensemble des hommes	
<b>Kenya</b>						
1977/78	8,1	7,8	0,3	-	-	
1989	6,7	4,5	2,2	4,4		23,2
1993	5,4	3,4	2,0	3,7	3,8	25,9
1998	4,7	3,5	1,2	3,8	4,0	29,9
2003	4,9	3,6	1,3	3,9	4,3	29,5
<b>Sénégal</b>						
1978	7,1	6,9	0,2	-	-	-
1986	6,6	5,7	0,9	6,8		10,0
1992/93	6,0	5,1	0,9	5,9	10,4	7,1
1997	5,7	4,6	1,1	5,3	7,9	10,8
2005	5,3	4,5	0,8	5,4	7,2	8,7

Source : Rapports EDS et MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 4 septembre 2006.

**Figure 2. Évolution de l'indice synthétique de fécondité, des indices synthétique de fécondité désirée et non désirée, et de la demande d'enfants au Kenya**

### III-Les facteurs de la demande d'une descendance nombreuse

Deux dates et trois contextes socio-économiques différents permettent de retracer succinctement quelles peuvent être les évolutions du désir d'enfants dans les populations de l'Afrique subsaharienne. Le Niger est actuellement l'un des pays les plus prolifiques au monde. L'indice synthétique de fécondité y était de 7,2 enfants par femme en 1998, en conformité avec un désir d'enfants également élevé, se situant à 7 enfants en moyenne par femme à la même époque. La pauvreté du pays est attestée par une forte ruralité, un indice de pauvreté humaine (IPH) élevé, de 0,94 en 2002, qui place le pays au deuxième rang mondial en terme de pauvreté (Pnud, 2004), et un PIB par tête se situant à 230 \$ US en 2003,

au 170<sup>e</sup> rang mondial<sup>5</sup>. Pays également démuni, le Kenya connaît des difficultés économiques puisque le PIB par tête n'est que de 450 \$ US en 2003, au 145<sup>e</sup> rang mondial. En revanche, les conditions sanitaires et sociales y sont relativement favorables puisque l'indice de pauvreté humaine, de 0,63 en 2002, situe le Kenya parmi les pays d'Afrique les mieux lotis en matière de développement humain, au 32<sup>e</sup> rang mondial. La plus grande performance du pays réside cependant dans sa progression remarquable en matière de prévalence contraceptive. L'exemple du Kenya est cité depuis une vingtaine d'années comme un cas intéressant de baisse de la demande d'enfants et de la fécondité en Afrique au sud du Sahara. Quant à la Côte d'Ivoire, l'avancée économique toute relative qui se traduit par un PIB par tête de 820 \$ US, au 125<sup>e</sup> rang mondial, contraste quelque peu avec les piètres performances au niveau du développement humain : l'IPH y est de 0,80, plaçant le pays au 17<sup>e</sup> rang mondial des pays les moins avancés dans le domaine.

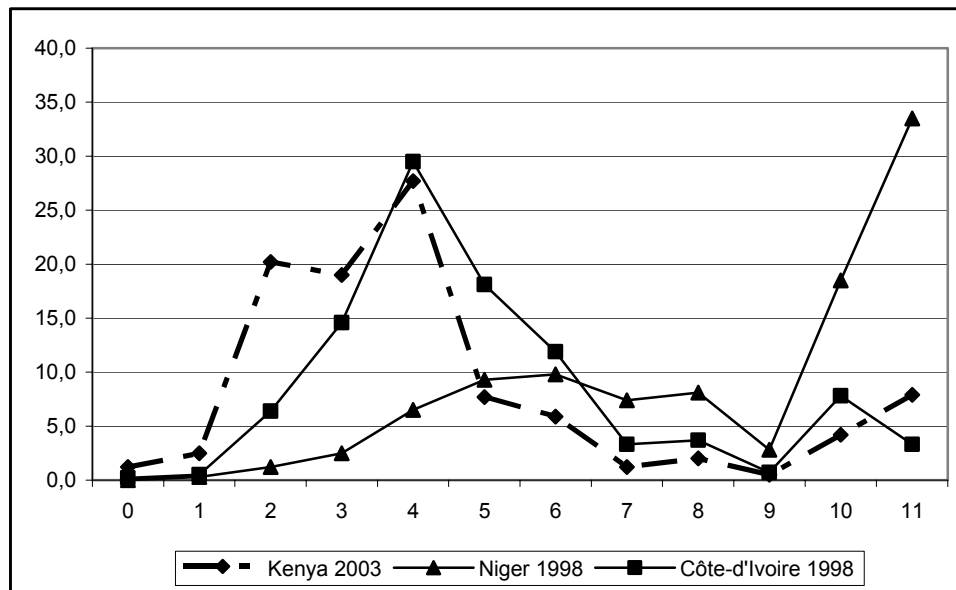
Le Niger est l'exemple typique des pays qui se situent dans la phase où la demande d'enfants est la plus élevée. Une femme en âge de procréer sur trois (33,5 %) y désire au moins 11 enfants et environ une femme sur cinq (18,8 %) en veut exactement 10 (figure 3 et tableau annexe 7). La Côte d'Ivoire et le Kenya présentent, en revanche, des courbes en cloche qui traduisent une certaine aversion pour les situations « extrêmes ». Les femmes désirent encore une descendance relativement nombreuse mais nettement en deçà des possibilités humaines. Cette attitude traduit dans le même temps une volonté affichée de contrôle des naissances. Au Kenya, la courbe de la demande d'enfants se décale vers la gauche par rapport à celle de la Côte d'Ivoire. Le désir d'enfants est donc moindre au Kenya.

Ainsi, le Niger se situe encore dans la phase où le souhait d'une descendance nombreuse est vivace. Le Kenya se retrouve en 2003 dans une phase où ce désir est largement atténué. Les projets de fécondité au-delà de 4 enfants y sont peu fréquents et le nombre idéal d'enfants par femme se situe entre 2 et 4. Quant à la Côte d'Ivoire, elle se trouve dans une position intermédiaire, plus proche cependant d'un idéal familial de taille réduite. Il faut noter que le Kenya et la Côte d'Ivoire présentaient le même profil que le Niger à la fin des années 1970 et au début des années 1980 respectivement.

---

5. Au Niger, comme dans la plupart des pays du monde, la valeur moyenne du PIB par tête masque de profondes inégalités en termes de contribution à la production nationale et de revenu.

**Figure 3. Répartition des femmes selon le nombre idéal d'enfants désirés en 1998 au Niger et en Côte d'Ivoire, en 2003 au Kenya (en %)**



Quelles peuvent être les raisons objectives et subjectives des changements intervenus dans ces deux pays et donc d'un amoindrissement du désir d'une famille nombreuse ? Elles sont certainement multiples et parfois personnelles. Cependant, elles se fondent sur les caractéristiques des femmes en âge de procréer, le contexte dans lequel elles vivent et les différentes contraintes du milieu social et économique. Pour tenter de les appréhender, nous nous proposons de construire un modèle logistique multinomial ordonné afin de déterminer les variables les plus contributives à une demande élevée d'enfants.

Remarquons tout d'abord la diversité des situations décrites précédemment (voir *infra* tableau 6). L'exemple des pays pour lesquels le désir d'enfants des femmes est inférieur à la fécondité réalisée et pour lesquels l'écart ISFD-ISF s'accroît suscite tout particulièrement des interrogations. C'est paradoxalement la situation la plus courante dans les régions de l'Afrique subsaharienne. L'environnement a donc une importance toute particulière sur la réalisation effective des projets de fécondité exprimés par les femmes. Quelques concepts importants impriment leurs marques en effet à la démographie africaine : les attitudes généralement plus pronatalistes des hommes, leurs poids dans l'accès de la femme à la contraception (Evina, 2007 ; Fassassi, 2007 ; Fall, 2007 ; Congo, 2007 ; Attanasso *et al.*, 2007 ; Vignikin, 2007) et l'ensemble des forces de modernisation renforcé par les crises économiques persistantes (Vimard, 1993). Ainsi, dans le modèle, interviendront aussi bien les caractéristiques propres des femmes que celles relatives aux interactions dans le couple, et des variables contextuelles captant d'une certaine manière l'état de l'offre de moyens contraceptifs.

Le modèle ne vise pas à donner l'ensemble des facteurs explicatifs de la demande d'enfants. Son objet est plutôt de proposer des pistes de recherche en décrivant globalement les facteurs explicatifs qui se détachent avec les données fournies par les dernières EDS, au Niger, en Côte d'Ivoire et au Kenya, autrement

dit, dans des pays qui se situent à différentes étapes de la transition des idéaux de fécondité. La nature qualitative, polytomique et ordonnée de la variable dépendante<sup>6</sup>, « le nombre idéal d'enfants pour une femme », requiert un modèle multinomial ordonné. Trois modalités ont été retenues : moins de 4 enfants, entre 5 et 6 enfants, et 7 enfants et plus. Nous pouvons distinguer trois catégories de facteurs : ceux qui sont significatifs dans l'ensemble des trois pays, ceux qui sont significatifs dans deux pays seulement et les déterminants qui ne sont spécifiques qu'à un seul pays (tableau annexe 8).

Dans la première catégorie de facteurs, on retrouve l'âge de la femme. Son odds ratio supérieur à l'unité indique que, dans les trois pays, le désir d'enfants augmente avec l'âge. En fait, les imperfections du désir d'enfants comme une approximation de la demande d'enfants sont probablement mises ici en exergue puisque les enfants déjà nés sont désirés même si certains ne le sont qu'*a posteriori*. C'est ce que traduit également le coefficient positif du nombre d'enfants nés vivants qui relève aussi de cette première catégorie de variables. En revanche, le niveau supérieur d'instruction de la femme apparaît comme un facteur limitant sa demande d'enfants. Cette baisse de la demande est d'autant plus forte que le niveau d'instruction est élevé. La disponibilité de points de prestation de services de planification familiale dans l'environnement de la femme peut être approchée par la connaissance que celle-ci a de tels points. Lorsqu'une femme déclare connaître une source de planification familiale, son désir d'enfants est relativement limité. On peut en déduire que la disponibilité des sources de planification familiale et les campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) que cela suppose ont un effet positif sur la baisse de la demande d'enfants dans l'ensemble des trois pays.

La pauvreté humaine et les modèles culturels sont également d'importants facteurs mis en exergue par le modèle. Il convient de mieux cerner ces différents déterminants. Le fait de disposer d'un certain confort de vie, que traduit la présence de toilettes décentes dans les logements, est ressorti au Kenya et au Niger comme un facteur significatif du désir d'évolution des mentalités vers une famille de taille réduite. En Côte d'Ivoire et au Niger, la religion chrétienne est un élément contributif d'un moindre intérêt pour la famille élargie. Le milieu de résidence urbain (au Kenya et au Niger) et l'approbation de la pratique contraceptive par les conjoints des femmes ayant un partenaire (au Kenya et en Côte d'Ivoire) sont également apparus comme significatifs, marquant tout à la fois les empreintes des normes modernes et celles de l'emprise de l'homme sur les souhaits de procréation de la femme.

Au plan des facteurs qui n'interviennent prioritairement que dans un seul pays, on peut citer l'ethnie au Kenya et l'état matrimonial au Niger, où les femmes mariées expriment un moindre désir d'enfants, qui relèvent du troisième groupe de facteurs. La significativité des groupes ethniques montre le poids de la culture dans la volonté de procréation, mais les contacts entre les groupes amoindrissent cet effet culturel et « lissent » les comportements. En Côte d'Ivoire par exemple, ce processus est relativement bien avancé du fait d'importants brassages culturels dans le pays. Son effet s'est dès lors atténué, de même que d'autres variables

---

6. Cette variable possède parfois une modalité non numérique telle que « autant que Dieu me donne », qui exprime le plus souvent la volonté d'avoir une nombreuse descendance. Aussi, les réponses non numériques et les réponses égales ou supérieures à 7 ont-elles été regroupées dans la modalité « 7 enfants et plus ».

auparavant pertinentes et dont on peut penser qu'elles ont progressivement perdu de leur importance sous l'effet de l'influence du contexte et d'autres facteurs.

### **IV-Les domaines de recherche à développer**

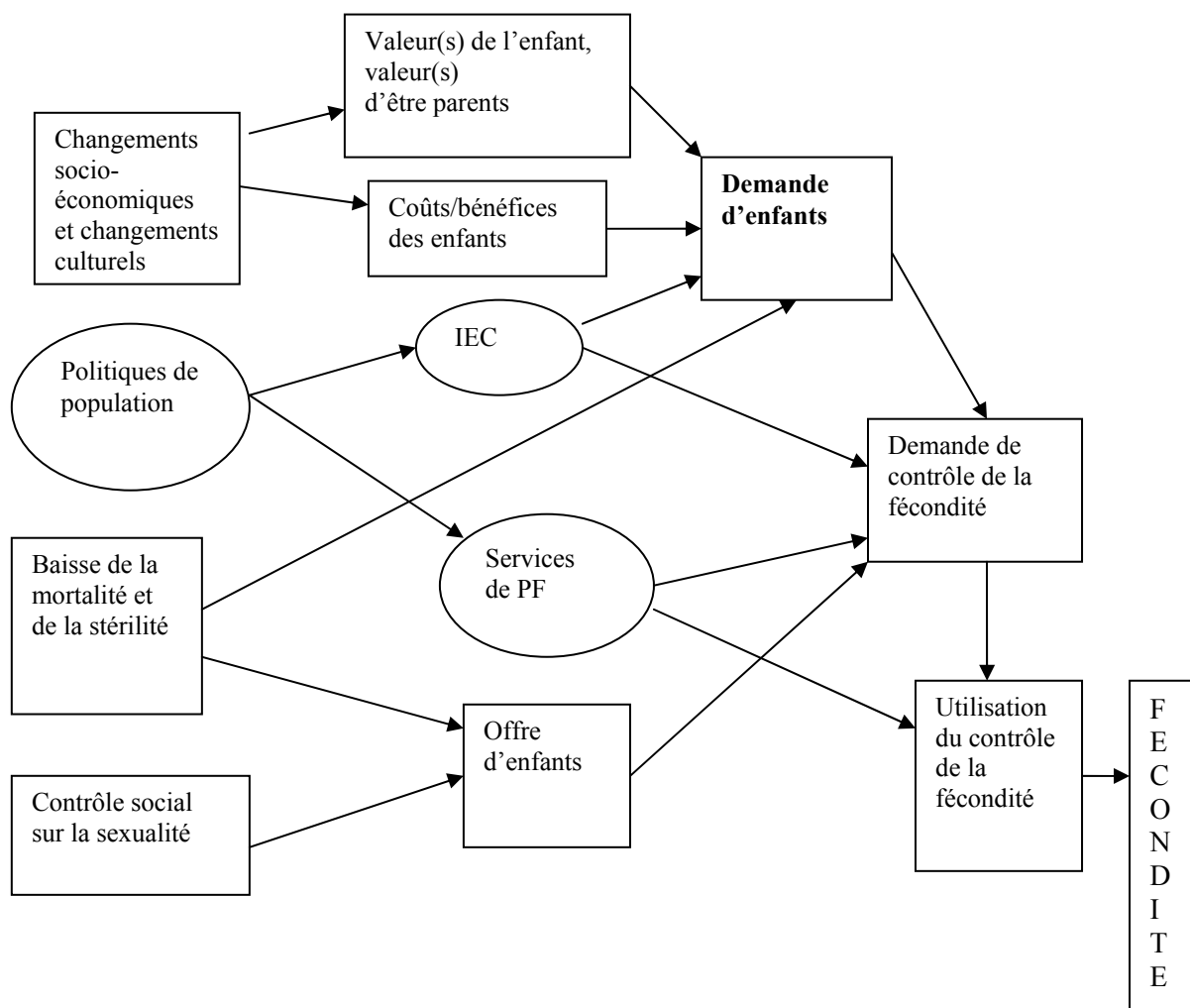
La connaissance que nous avons de la demande d'enfants est imparfaite, car elle repose sur des données quantitatives en partie biaisées qui correspondent à une approche très schématique de la question et sur des données qualitatives parcellaires dont les méthodologies de collecte (entretiens individuels, *focus group*) et de traitement sont assez incertaines. Cependant ces données, aussi défectueuses qu'elles puissent être, montrent que des changements plus ou moins sensibles sont à l'œuvre dans beaucoup de populations, ce qui justifie l'intérêt de poursuivre les recherches sur cette question.

Une analyse pertinente de la demande d'enfants doit porter à la fois sur les facteurs de cette demande et sur le rôle qu'elle joue dans la détermination du niveau de la fécondité. Pour cela, nous proposons de nous baser sur un cadre global d'analyse de l'évolution de la fécondité. Notre cadre est fondé sur le schéma d'analyse utilisé par Bongaarts pour étudier les phénomènes récents d'arrêt des transitions de la fécondité dans quelques pays (Bongaarts, 2006). Nous avons développé ce modèle dans une perspective dynamique, d'une part en intégrant les politiques de population et leurs composantes, et d'autre part les campagnes d'IEC et les services de planification familiale, qui nous paraissent essentiels à considérer pour notre objet de recherche (figure 4).

Présentons sommairement notre schéma. Les changements socio-économiques modifient les coûts et les bénéfices des enfants, et le rapport coûts/bénéfices a tendance, le plus souvent, à augmenter, ce qui a pour conséquence de susciter une diminution de la demande d'enfants. Les changements culturels contribuent également à modifier la valeur qui est accordée aux enfants, mais aussi celle qui est accordée à la fonction de parents. La baisse de la mortalité va également dans le sens de cette baisse de la demande d'enfants. Les politiques de population conduisent au développement de campagnes d'IEC en matière de planification familiale qui, à leur tour, contribuent à la baisse de la demande d'enfants. Avec la demande, on doit considérer l'offre d'enfants, qui augmente avec la baisse de la mortalité et de la stérilité des femmes ainsi qu'avec l'affaiblissement du contrôle social sur la sexualité et la fécondité.

On se trouve par conséquent face à un effet de ciseaux entre une demande d'enfants qui diminue alors que l'offre d'enfants augmente ; cet effet de ciseaux est directement à la source d'un accroissement de la demande de contrôle de la fécondité, également alimenté par les campagnes d'IEC. Cette augmentation de la demande de contrôle de la fécondité suscite une utilisation croissante de moyens de régulation de la fécondité, grâce au développement des services de planification familiale. Tout ceci contribue à influencer sur le niveau de la fécondité dans le sens d'une diminution de celle-ci.

**Figure 4. La demande d'enfants : ses facteurs et son rôle dans la fécondité**



Ce cadre d'analyse nous semble mettre en évidence quatre questions principales de recherche, qu'il est nécessaire d'investiguer pour mieux comprendre la nature de la demande d'enfants et la manière dont elle peut diminuer et contribuer ainsi à la baisse de la fécondité : les transformations de la valeur de l'enfant et l'évolution du rapport coûts/bénéfices des enfants, les progrès en matière de mortalité des enfants et de stérilité, les rapports au sein des couples en matière de demande d'enfants et de contrôle de la fécondité, l'effet des politiques de population.

#### *1) Évolution du rapport coûts/bénéfices des enfants*

Le premier point concerne l'évolution des coûts des enfants, des bénéfices qui en sont attendus et la tendance du rapport coûts/bénéfices. Ce point est central dans la théorie de la demande, même s'il est discuté par d'autres approches. Il va de soi que ce rapport coûts/bénéfices est apprécié par les individus selon une rationalité qui ne relève pas seulement de critères économiques, mais aussi de critères sociaux, culturels, affectifs, etc. Pour que ce rapport évolue, il faut tout

d'abord des transformations assez globales des structures socio-économiques et des modes culturels qui interviennent sur la formation des coûts et des bénéfices des enfants. Mais il faut également une évolution de la position des différents groupes de population par rapport à ces structures socio-économiques et à ces modes de pensée. Or, d'une part, les transformations socio-économiques et culturelles qui affectent l'Afrique subsaharienne ne sont pas aussi fortes que pour les autres régions du monde en développement et leurs effets sur le rapport coûts/bénéfices peuvent être encore ténus. D'autre part, certaines communautés restent en dehors des transformations les plus marquantes : pour celles-ci, le rapport coûts/bénéfices des enfants reste alors principalement déterminé par un cadre d'organisation économique et social ancien, et il évolue par conséquent fort peu. Il y a donc là tout un domaine de recherche à développer afin de mieux comprendre le maintien de la fécondité désirée à un niveau élevé, question qui doit être élargie à celle de mieux comprendre la rationalité actuelle, chez différents types de population, de la forte fécondité et de l'absence d'utilisation de la contraception. Cette rationalité doit être appréhendée par rapport à la fonction d'investissement, souvent mise en avant dans les analyses, mais aussi vis-à-vis de la fonction d'assurance, importante à considérer dans les économies africaines en transition qui sont encore très loin de posséder un système généralisé d'assurance sociale pour la santé et la retraite (Caldwell, 2005).

Au-delà d'une approche centrée sur les individus et sur les couples, qui est primordiale, il conviendrait également d'apprécier les évolutions des idéaux démographiques à l'échelle plus large de différentes communautés. Il s'agirait alors de voir si le fait d'avoir une descendance nombreuse représente le même avantage en termes d'accès aux ressources économiques et sociales, compte tenu de la restructuration des réseaux sociaux, des réseaux de parenté et de la vie familiale. Ce bénéfice tiré d'une descendance nombreuse doit également être examiné au regard des nouveaux systèmes d'alliance matrimoniale, de l'exode rural, de l'appropriation privée de la terre, de la progression du niveau d'éducation, etc. (Smith, 2004). Mais il s'agit également de considérer la permanence d'une valeur immanente de l'enfant et du fait d'être parent dans des sociétés où cela fut toujours fortement valorisé. Cette valeur immanente de l'enfant est l'une des variables qui peuvent expliquer pourquoi les individus ont un ou deux enfants dans des sociétés post-industrielles où le strict calcul des coûts d'opportunité leur commanderait d'en avoir aucun (Friedman *et al.*, 1994) : elle pourrait contribuer à expliciter les motivations pour le maintien d'une descendance nombreuse en Afrique subsaharienne alors que les rapports coûts/bénéfices en terme purement objectifs devraient souvent conduire les parents à vouloir la diminuer. Il convient donc dans notre recherche de reconsidérer l'hypothèse d'une valeur immanente accordée à l'enfant dans notre théorie des choix de fécondité, dans la lignée des travaux de Becker (1992).

### ***2) Baisse de la mortalité et de la stérilité***

Les évolutions de la mortalité, tout particulièrement de la mortalité des enfants, et, dans une moindre mesure, de la stérilité, ainsi que leurs effets sont le deuxième point à étudier. Ici c'est de l'amélioration de la santé et de la santé de la reproduction dont il est question. Or, après plusieurs décennies de progrès sensibles en la matière en Afrique subsaharienne, même s'ils furent moins spectaculaires que sur



d'autres continents, on assiste à un ralentissement de ces progrès, voire à une stagnation ou à une dégradation de la situation sanitaire sous l'effet notamment, mais pas seulement, de la pandémie du VIH/Sida (Tabutin et Schoumaker, 2004). Ces évolutions contrastées doivent être étudiées pour chaque pays dans leurs conséquences sur la demande et l'offre d'enfants.

### ***3) Évolution des préférences de fécondité au sein du couple et transformation de ces préférences en actes de régulation***

La transformation d'une baisse de la demande d'enfants en diminution effective de la fécondité passe par un accroissement de l'utilisation de moyens de contrôle de cette fécondité. Par conséquent, la concrétisation de cette baisse de la demande d'enfants en utilisation de méthodes de contraception est un point majeur du questionnement. Celui-ci doit tout d'abord s'attacher à la manière dont se transforment les préférences de l'homme et de la femme (préférences qui sont d'ailleurs en interaction) et dont ces préférences réciproques se formalisent au sein du couple en un choix commun. Sur ce plan, il s'agit de voir à partir de quel moment les projets reproductifs cessent d'être seulement déterminés par des normes sociales relatives à la procréation, pour devenir le produit d'un projet de couple déterminé par des préférences individuelles. Il est également important de voir que, dans les régimes de fécondité où les décisions sont dominées par les hommes, la baisse peut résulter d'un changement dans les préférences masculines - comme cela peut s'observer lors du début de la transition au Ghana -, d'un accroissement du pouvoir des femmes dans les décisions ou d'une combinaison des deux (DeRose et Ezech, 2005).

Ce questionnement doit également s'attacher à comprendre la manière dont la demande d'un moindre nombre d'enfants, et par conséquent la demande d'un contrôle accru ou amélioré de la procréation, se transforme en changement des moyens de contrôle, avec notamment une augmentation de l'utilisation d'une contraception moderne. Ceci sans oublier que la volonté de contrôle croissant de la fécondité peut reposer, dans les populations d'Afrique subsaharienne, sur d'autres comportements (avortement, éloignement des conjoints, etc.). L'importance respective de l'homme et de la femme dans la formalisation de ces différentes demandes et la nature de leurs échanges en la matière, essentielles dans la détermination des choix du couple, sont variables selon les populations. Dans les pays du Sahel, l'accord entre les conjoints est souvent rare et le recours à la contraception dépend quasi uniquement du bon vouloir masculin (Andro et Hertrich, 2001). En revanche au Ghana, on peut noter un rapprochement récent entre homme et femme dans leurs attentes relatives à la taille de la descendance et leur volonté de recourir à la contraception (Andro, 2001). Quoi qu'il en soit, aujourd'hui les grandes tendances en matière de relations de genre concourent à l'échelle de l'Afrique à une augmentation des discussions au sein du couple et à une importance croissante des femmes dans les décisions de reproduction, mais ces évolutions devraient se produire suivant des temporalités distinctes selon les sociétés.

#### ***4) L'effet des politiques de population***

D'ancienneté très différente, les politiques et les programmes de population ont eu jusqu'à ce jour un effet très variable, selon les pays et les catégories de la population, sur les dynamiques de population et notamment sur ce qui touche à la planification familiale et au contrôle de la fécondité. En effet, si la plupart des gouvernements ont produit des documents de politique de population et commencé à les traduire en programmes, on peut noter un manque de soutien international pour leur mise en œuvre et une nette diminution, depuis 1995, du financement qui leur est consacré. Ainsi on peut estimer qu'en 2005 l'assistance internationale aux activités de planification familiale ne représentait plus que 3 % des financements consacrés aux programmes de population, contre 73 % pour la lutte contre le VIH/Sida (UNFPA, 2005). Au-delà de ces questions de moyens, il s'agit ici de mieux apprécier l'effet exact de ces programmes de population. Pour cela, il faut distinguer ce qui relève des activités d'IEC, qui jouent surtout sur la demande d'enfants, de ce qui appartient aux services et programmes de planification familiale proprement dits, qui influent sur la pratique effective de méthodes modernes de contraception. S'il apparaît important d'insister sur cet aspect du contrôle de la fécondité relatif à la contraception moderne, il ne faut pas oublier que d'autres mesures relevant de la puissance publique, des mesures législatives notamment (concernant l'âge légal du mariage, le statut des époux, l'avortement), influencent les modes de régulation de la fécondité. Le rôle des législations sur l'offre et la demande d'enfants doit par conséquent être considéré dans ce volet de la recherche.

#### **Conclusion**

On peut constater à travers le monde une diminution du nombre d'enfants souhaités par les individus et les couples, qui contribue à la baisse de la fécondité. Dans les sociétés traditionnelles, les enfants étaient un atout pour leurs parents comme source de main-d'œuvre familiale et soutien durant la vieillesse, alors que leur éducation et leurs soins ne coûtaient rien ou peu. Mais la demande des ménages d'une descendance importante s'est affaiblie avec la modernisation des économies et l'augmentation des standards de vie. Le développement de la scolarisation a accru les coûts d'éducation des enfants alors que leur contribution aux activités productives diminuait. Les parents ont par conséquent substitué à la quantité la demande d'une meilleure qualité de leurs enfants, qu'il est possible d'acquérir grâce à une scolarisation prolongée. Cela d'autant plus que l'extraversion de l'activité féminine en dehors du groupe domestique rendait moins facile et plus onéreuse l'éducation des enfants. Dans le même temps, de nouveaux modes de consommation se sont développés, sources de dépenses concurrentes à celles occasionnées par l'éducation des enfants, et la mise en place de systèmes variés d'assurance (en matière de santé, de retraite, etc.) a réduit la dépendance des personnes âgées ou malades. Ainsi, du fait de toute une série d'évolutions culturelles, sociales et économiques, la descendance nombreuse s'est transformée d'atout en désavantage pour les familles, constituant l'un de facteurs à la base du déclin de la fécondité. Cette orientation, résumée ici de manière très générale, liant l'évolution de la demande d'enfants à la baisse de la fécondité dans les sociétés occidentales (Caldwell, 1982), doit être testée et resituée dans

l'ensemble des mécanismes et facteurs qui concernent l'orientation de la procréation en Afrique subsaharienne. Une Afrique où le principe de rationalité est semblable à celui des autres sociétés tout en reposant sur des facteurs et des valeurs qui peuvent différer.

Ainsi, par exemple, le développement d'une solarisation de masse est souvent considéré comme l'un des facteurs majeurs de la modernisation et de la transition de la fécondité (Bongaarts et Bulatao, 2000). Mais en Afrique subsaharienne, et notamment dans les régions d'économie de plantation, les chefs de famille qui disposaient de moyens suffisants ont développé des pratiques de scolarisation maximales de leurs descendants, dans le cadre de stratégies d'insertion familiale dans les sphères modernes d'activité. Ces responsables considéraient alors la scolarisation comme un investissement, certes aléatoire et à long terme, mais qui pouvait apparaître pleinement justifié dans une période de revenu élevé, d'emplois urbains nombreux et de cohésion familiale encore forte. Leur souhait d'avoir de nombreux enfants scolarisés, pour avoir une chance de les voir, ou au moins de voir certains d'entre eux, pénétrer l'appareil d'État et réussir en ville, remplaçait alors, pour beaucoup de chefs de famille, l'exigence d'une main-d'œuvre familiale importante. La volonté d'une forte fécondité a subsisté, même si elle s'est référée à des stratégies économiques et sociales différentes de celles qui régissaient la société agricole d'autosubsistance d'antan. Et c'est seulement lorsque les emplois urbains se sont raréfiés et que les économies agricoles de rente ont été atteintes par la baisse des produits d'exportation que le développement de la scolarisation a pu contribuer à la baisse de la fécondité, lorsque des phénomènes de déscolarisation n'intervenaient pas (Faussey-Domalaïn et Vimard, 1991 ; Vimard, 1993).

Ainsi resituée dans son contexte propre à l'Afrique subsaharienne, l'approche de la demande d'enfants est utile pour mieux comprendre le niveau de la fécondité et son évolution, à condition de ne pas se contenter d'une acception de ce concept en termes économiques seulement, mais de tenir compte également des préférences des parents d'ordre affectif ou subjectif. Afin d'avoir une vue plus complète de cette question de la forte fécondité en Afrique subsaharienne, il apparaît également important d'articuler ce concept de demande d'enfants à celui de l'offre d'enfants ainsi qu'à l'ensemble des coûts de la régulation des naissances.

Notre analyse a montré que, dans cette région du monde en développement, la demande d'enfants, appréciée avec des indicateurs dont nous avons souligné les biais, est élevée tout en variant beaucoup entre les pays. Ainsi, le nombre idéal d'enfants désirés est égal ou supérieur à 5 enfants par femme et à 6 enfants par homme dans la majorité des pays. L'indice synthétique de fécondité désirée est également élevé, supérieur à 4 enfants dans 75 % des pays. La relation entre la demande d'enfants et le niveau de la fécondité varie selon les pays, mais la demande d'enfants, chez les femmes, est plutôt inférieure à la fécondité réelle, alors que la demande exprimée par les hommes lui est supérieure. Il existe un décalage entre la fécondité et la demande d'enfants, mais on ne note pas une tendance à leur rapprochement avec le temps car selon les pays ces indicateurs se rapprochent ou s'éloignent. Cependant, l'analyse longitudinale de pays où la baisse de la fécondité est assez ancienne montre que la transition repose tout d'abord sur une baisse de la demande d'enfants, avant de s'appuyer sur une baisse de la fécondité non désirée.

La demande d'enfants diminue avec la résidence en milieu urbain et avec l'instruction, et elle est plus faible pour les jeunes générations de femmes. Elle a tendance également à diminuer avec le temps, à l'exception de quelques rares pays. Si notre analyse a montré que l'instruction et la résidence en ville sont des facteurs importants de la baisse de la demande d'enfants, nous avons pu aussi préciser le rôle joué par la disponibilité de services de planification familiale et l'accès à un certain confort de vie dans l'évolution des mentalités vers une famille plus réduite.

Mais sur le plan de la demande d'enfants, comme sur beaucoup d'autres, il n'y a pas une Afrique subsaharienne mais plusieurs. Une analyse de la demande d'enfants menée en termes de données nationales est par conséquent réductrice d'une diversité qui repose tout d'abord sur le degré d'autonomie des couples au sein des familles élargies, puis sur celui de prise en compte de la parole des femmes dans les choix de reproduction. Toute recherche sur cette question devra donc mettre en évidence la hiérarchie des intervenants dans la formalisation du désir d'enfants et la configuration des lieux où cette formalisation se joue dans les différents groupes socio-économiques. À partir de là, il devrait être possible de mieux comprendre le rôle que peut jouer la baisse de la demande d'enfants dans la diminution de la fécondité, en étudiant l'évolution du rapport coûts/bénéfices des enfants, les progrès en matière de stérilité et de lutte contre la mortalité des enfants, les rapports au sein des couples concernant le désir d'enfants et le contrôle de la fécondité, ainsi que l'effet des politiques de population dans leurs composantes IEC et services de planification familiale.

D'un point de vue opérationnel, les leviers essentiels susceptibles de faire baisser à l'avenir la demande d'enfants sont au nombre de trois. Le premier correspond à tout ce qui peut amener les parents à rechercher une meilleure qualité de leurs enfants, au détriment donc de la quantité. Le développement de systèmes scolaires et de systèmes de santé performants et bien répartis sur l'ensemble des territoires apparaît comme un point crucial qui devrait encourager les parents à investir dans cette qualité. L'impact des systèmes scolaires dépend cependant, sur le moyen et le long terme, du volume et de la nature des débouchés offerts aux jeunes scolarisés, qui doivent être en rapport avec les effectifs et les diplômes de ces derniers, soit une situation inverse à celle actuellement rencontrée dans la plupart des pays africains.

Le second levier comprend tout ce qui favorise la baisse de la mortalité des enfants, susceptible de conduire les parents à réduire leur fécondité. On retrouve ici la nécessité de systèmes de santé efficaces, notamment en matière de protection maternelle et infantile, et d'une amélioration du niveau d'éducation des jeunes filles, facteur notable de la diminution de la mortalité des enfants.

Le troisième levier concerne la diffusion de normes sociales relatives à la famille restreinte, qui peuvent être transmises via l'image de la famille véhiculée aussi bien par les médias (télévision, publicité, etc.) que par les campagnes d'IEC participant des programmes de planification familiale. Sur ce plan, il est important que ces activités d'IEC se basent sur des messages d'information adaptés aux valeurs et conceptions des populations. Plus que la croissance économique *stricto sensu*, c'est davantage l'amélioration des systèmes sociaux qui favorisera à l'avenir dans les sociétés africaines la baisse de la demande d'enfants, et partant, la diminution de la fécondité.

## Références bibliographiques

- ANDRO A. (2001), *Décisions de fécondité au sein des couples en Afrique de l'Ouest. Quelles négociations entre hommes et femmes ?*, communication au colloque « Genre, population et développement en Afrique de l'Ouest », Abidjan, INED-ENSEA-IFORD.
- ANDRO A. et HERTRICH V. (2001), « La demande contraceptive au Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? », *Population*, vol. 56, n° 5, p. 721-772.
- ANO H. A. (2001), *Émergence de la planification familiale en Côte d'Ivoire*, thèse de doctorat de démographie, Université de Paris X-Nanterre.
- ATTANASSO O., FAGNINO R., M'BOUKE C. et AMADOU SANI M. (2007), *Les facteurs de la contraception au Bénin au tournant du siècle*, Les collections du CEPED, Collection Regards sur, CEPED/GRIPPS, 63 p.
- BECKER G. (1960), « An Economic Analysis of Fertility », *Demographic and Economic Change in Developed Countries*, National Bureau of Economic Research, Conference Series n° 11, Princeton, Princeton University Press, p. 209-240.
- BECKER G. (1992), « Habits, Addictions, Traditions », *Kyklos*, vol. 45, n° 3, p. 327-346.
- BECKER G. et NIGEL T. (1976), « Child Endowments and the Quantity and Quality of Children », *Journal of Political Economy*, vol. 84, n° 4, part II.
- BERELSON B. (1966), « KAP Studies on Fertility », in Berelson B. et al. (eds.), *Family Planning and Population Programs*, Chicago, University of Chicago Press, p. 655-668.
- BONGAARTS J. (2003), « Completing the Fertility Transition in the Developing Countries: The Role of Educational Differences and Fertility Preferences », *Population Studies*, vol. 57, n° 3, p. 321-336.
- BONGAARTS J. (2006), « The Causes of Stalling Fertility Transitions », *Studies in Family Planning*, vol. 37, n° 1, p. 1-16.
- BONGAARTS J. et BULATAO R.A. (eds.) (2000), *Beyond Six Billion. Forecasting the World's Population*, Panel on Population Projections, Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council, Washington D.C., National Academy Press.
- BULATAO R.A. et LEE R.D. (eds.) (1983), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, 2 vol., New York, Academic Press.
- CAIN M. (1985), « On the Relationship between Landholding and Fertility », *Population Studies*, vol. 39, n° 1, p. 5-15.
- CALDWELL J.C. (1976), « Toward a Restatement of Demographic Transition Theory », *Population and Development Review*, vol. 2, n° 3-4, p. 321-366.
- CALDWELL J.C. (1982), *Theory of Fertility Decline*, New York, Academic Press.
- CALDWELL J.C. (1993), « Les tendances démographiques et leurs causes, le cas de l'Afrique est-il différent ? », in Chasteland J.C., Véron J. et Barbieri M. (dir.), *Politiques de développement et croissance démographique rapide en Afrique*, Congrès et colloque n° 13, Paris, INED-PUF, p. 21-45.
- CALDWELL J.C. (2005), « On Net Intergenerational Wealth Flows: An Update », *Population and Development Review*, vol. 31, n° 4, p. 721-740.
- CLELAND J. et WILSON C. (1987), « Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View », *Population Studies*, vol. 41, n° 1, p. 5-30.
- CLELAND J., PHILLIPS J.F., AMIN S. et KAMAL G.M. (1994), « Socioeconomic Change and the Demand for Children », in *The Determinants of Reproductive Change in Bangladesh: Success in a Challenging Environment*, Washington D.C., The International Bank for Reconstruction and Development-The World Bank, p. 58-82.
- COALE A.J. (1973), « The Demographic Transition », *International Population Conference, Liège 1973*, Liège, UIESP, vol. 1, p. 53-72.

- CONGO Z. (2007), *Les facteurs de la pratique contraceptive au Burkina Faso au tournant du siècle*, Les collections du CEPED, Collection Regards sur, CEPED/GRIPPS, 71 p.
- DAVIS K. (1955), « Institutional Patterns Favoring High Fertility in Underdeveloped Areas », *Eugenics Quarterly*, 2, p. 33-39.
- DeROSE L.F. et EZEH A.C. (2005), « Men's Influence on the Onset and Progress of Fertility Decline in Ghana, 1988-98 », *Population Studies*, vol. 59, n° 2, p. 197-210.
- EASTERLIN R. (1975), « An Economic Framework for Fertility Analysis », *Studies in Family Planning*, vol. 6, n° 3, p. 54-63.
- EASTERLIN R. (1976), « The Conflict between Aspirations and Ressources », *Population and Development Review*, vol. 2, n° 3-4.
- EVINA A. (2007), *Les facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du siècle*, Les collections du CEPED, Collection Regards sur, CEPED/GRIPPS, 61 p.
- FALL S. (2007), *Les facteurs de la contraception au Sénégal au tournant du siècle*, Les collections du CEPED, Collection Regards sur, CEPED/GRIPPS, 59 p.
- FASSASSI R. (2007), *Les facteurs de la contraception en Côte d'Ivoire au tournant du siècle*, Les collections du CEPED, Collection Regards sur, CEPED/GRIPPS, 59 p.
- FASSASSI R. (2004), *Pauvreté humaine et fécondité en Côte d'Ivoire*, thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.
- FAUSSEY-DOMALAIN C. et VIMARD P. (1991), « Agriculture de rente et démographie », *Revue Tiers Monde*, t. XXXII, n° 125, janvier-mars, p. 93-114.
- FRIEDMAN D., HECHTER M. et KANAZAWA S. (1994), « A Theory of the Value of Children », *Demography*, vol. 31, n° 3, p. 375-401.
- GUILLAUME A., VIMARD P., FASSASSI R. et KOFFI N., « La circulation des enfants en Côte d'Ivoire : solidarité familiale, scolarisation et redistribution de la main-d'œuvre », in Contamin B. et Memel-Foté H. (dir.), *Le Modèle ivoirien en questions*, Paris, Karthala-ORSTOM, p. 573-590.
- GUILMOTO C.Z. (1996), *Micro-économie de la fécondité. Quelques réflexions à partir du cas indien*, Documents de recherche n° 2, Paris, ETS-ORSTOM.
- KABIR M. et al. (1994), « Factors Affecting Fertility Desired Family Size in Bangladesh », *J. biosc. Sci.*, vol. 26, n° 3, p. 369-375.
- KREAGER P. (1985), « Interpreting Social Structures for Comparative Fertility Analysis », *Congrès international de la population, Florence 1985*, vol. 2, Liège, UIESP, p. 21-32.
- LOCOH T. (1995), « Parlons des E.D.S. : l'analyse statistique est-elle neutre ? », *Clins d'œil de démographes à l'Afrique et à Michel François*, Paris, CEPED, p. 143-155.
- McNICOLL G. (1982), « Institutional Determinants of Fertility Change », in Hohn C. et Mackensen R. (eds.), *Determinants of Fertility Trends: Theories Re-examined*, Liège, Ordina, p. 147-168.
- PARSONS T. (1937), *The Structure of Social Action*, New York, Free Press
- PICHE V. et POIRIER J. (1995), « Les approches institutionnelles de la fécondité », in Gérard H. et Piche V. (dir.), *La Sociologie des populations*, coll. « Universités francophones », Montréal, PUM-AUPELF-UREF, p. 117-137.
- PILON M. et VIMARD P. (1998), Structures et dynamiques familiales à l'épreuve de la crise en Afrique subsaharienne, communication à la Chaire Quetelet 1998 « Familles et ménages face à la crise », Louvain-la-Neuve (Belgique), 25 au 27 novembre 1998, 23 p.
- PNUD (2004), *Rapport mondial sur le développement humain 2004. La liberté culturelle dans un monde diversifié*, Economica.
- SMITH D.J. (2004), « Contradiction in Nigeria's Fertility Transition: The Burdens and Benefits of Having People », *Population and Development Review*, vol. 30, n° 2, p. 221-238.
- SZRETER S. (1993), « The Idea of Demographic Transition and the Study of Fertility Change: A Critical Intellectual History », *Population and Development Review*, vol. 19, n° 4, p. 659-701.

## L'AFRIQUE FACE À SES DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES

- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B. (2004), « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 », *Population*, vol. 59, n° 3-4, p. 521-622.
- TADESSE B. et ASEFA S. (2002), « Empirical Analysis of the Determinants of Demand for Children in Jimma City, Ethiopia: An Application of Count Data Model », *Eastern Africa Social Science Research Review*, vol. 18, n° 2, p. 43-67.
- TALBOT P.A. (1927), *Some Nigerian Fertility Cults*, Londres, Oxford University Press.
- TURKE P.W. (1989), « Evolution and the Demand for Children », *Population and Development Review*, vol. 15, n° 1, p. 61-90.
- UNFPA (2005), *Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2003, Estimate for 2004/05*, [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/527\\_filename\\_financing\\_icpd\\_programme.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/527_filename_financing_icpd_programme.pdf).
- United Nations (2005), *World Population Prospects. The 2004 Revision. Highlights*, New York, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ESA/P/WP.193.
- United Nations (2006), *World Population Prospects. The 2004 Revision. Vol. III: Analytical Reports*, New York, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ST/ESA/SER.A/246.
- VIGNIKIN K. (2007), *Les facteurs de la contraception au Togo au tournant du siècle*, Les collections du CEPED, Collection Regards sur, CEPED/GRIPPS, 63 p.
- VIMARD P. (1993), « Modernité et pluralité familiales en Afrique de l'Ouest », *Revue Tiers Monde*, t. XXXIV, n° 133, janvier-mars, p. 89-115.
- VIMARD P. (1997), *Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise*, Documents de recherche n° 3, Paris, ETS-ORSTOM.
- VIMARD P. et ADJAMAGBO A. (2005), « Vers une maîtrise différenciée de la fécondité », in Léonard É. et Vimard P. (dir.), *Crises et recompositions d'une agriculture pionnière. Dynamiques démographiques et changements économiques dans le Bas-Sassandra (Côte d'Ivoire)*, coll. « Hommes et sociétés », Paris, IRD-Karthala, p. 261-292.
- VIMARD P., FASSASSI R. et TALNAN E. (2007), « Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 172-213.

## ANNEXE

**Tableau annexe 1. Écart dans le nombre idéal moyen d'enfants, pour l'ensemble des femmes, entre les milieux de résidence et entre les niveaux d'instruction par pays**

	Rural/Urbain	Pas d'éducation/Éducation primaire	Éducation primaire/Éducation secondaire ou supérieure	Pas d'éducation/Éducation secondaire ou supérieure
<i>Afrique de l'Ouest</i>				
Bénin 2001	1	1,2	0,9	2,1
Burkina Faso 2003	1,7	1,3	1	2,3
Côte d'Ivoire 1998/99	1,3	1,1	1	2,1
Ghana 2003	1	1,4	0,5	1,9
Guinée 1999	1,3	1,4	0,4	1,8
Mali 2001	1,6	0,8	1,4	2,2
Mauritanie 2000/01	1,8	2	0,6	2,6
Niger 1998	2,4	1,8	1,6	3,4
Nigeria 2003	1	1,7	1,5	3,2
Sénégal 1997	1,5	1,2	0,6	1,8
Togo 1998	1,3	1,2	0,8	2
<i>Afrique centrale</i>				
Cameroun 2004	1,8	2,4	1,4	3,8
Gabon 2000	1	0,3	0,9	1,2
Tchad 2004	1,5	1,7	1,7	3,4
<i>Afrique de l'Est</i>				
Comores 1996	0,6	0,8	0,5	1,3
Érythrée 2002	1,4	1,4	0,8	2,2
Éthiopie 2000	1,5	1,3	0,9	2,2
Kenya 2003	0,7	2,9	0,7	3,6
Madagascar 2003/04	1,2	1,4	1,4	2,8
Malawi 2000	0,7	0,7	0,9	1,6
Mozambique 2003	1,1	0,9	1,6	2,5
Ouganda 2000/01	1,3	1,1	1	2,1
Rwanda 2000	0,7	0,3	0,8	1,1
Tanzanie 2004	1,4	1,4	1,2	2,6
Zambie 2001/02	1,2	0,7	1,2	1,9
Zimbabwe 1999	1,2	1,1	1,3	2,4
<i>Afrique australe</i>				
Afrique du Sud 1998	0,7	1	0,7	1,7
Namibie 2000	0,8	0,7	1,1	1,8

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), ORC Macro, 2006. MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 21 août 2006.



# L'AFRIQUE FACE À SES DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES

**Tableau annexe 2. Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des jeunes femmes selon l'âge, le milieu de résidence et le pays**

Pays	Urbain			Rural		
	15-19 ans	20-24 ans	Ensemble	15-19 ans	20-24 ans	Ensemble
<i>Afrique de l'Ouest</i>						
Bénin 2001	4,1	3,9	4,3	4,9	5,1	5,3
Burkina Faso 2003	3,8	3,9	4,2	5,6	5,6	5,9
Côte d'Ivoire 1998/99	4,1	4	4,6	4,9	5,1	5,9
Ghana 2003	3,5	3,4	3,9	4,1	4,2	4,9
Guinée 1999	4,3	4,3	4,8	5,3	5,5	6,1
Mali 2001	4,8	4,8	5,2	6,3	6,3	6,8
Mauritanie 2000/01	4,3	4,7	5,2	5,9	6,3	7
Niger 1998	5,3	5,8	6,3	7,8	8,3	8,7
Nigeria 2003	5,5	5,6	6	6	6,6	7
Sénégal 1997	4,1	4,2	4,5	5,6	5,8	6
Togo 1998	3,4	3,3	3,7	4,2	4,5	5
<i>Afrique centrale</i>						
Cameroun 2004	4,4	4,4	4,9	5,9	6,1	6,7
Gabon 2000	3,9	4,3	4,7	4,5	4,9	5,7
Tchad 2004	6,4	7,1	7,7	8,2	8,7	9,2
<i>Afrique de l'Est</i>						
Comores 1996	4,4	4,7	4,9	5	5	5,5
Érythrée 2002	4,3	4,8	5	5,3	5,9	6,4
Éthiopie 2000	3,3	3,9	4,1	4,4	5,2	5,6
Kenya 2003	3,1	3,1	3,4	3,8	3,6	4,1
Madagascar 2003/04	3,5	3,6	3,9	4,6	4,7	5,1
Malawi 2000	3	3,2	3,6	3,4	3,8	4,3
Mozambique 2003	3,6	4,1	4,6	4,5	5	5,7
Ouganda 2000/01	3,2	3,4	3,8	4,3	4,5	5,1
Rwanda 2000	4,3	4	4,3	5,3	4,9	5
Tanzanie 2004	3,4	3,5	4	4,7	5	5,4
Zambie 2001/02	3,3	3,5	4	4,5	4,7	5,2
Zimbabwe 1999	2,6	2,8	3,2	3,6	3,8	4,4
<i>Afrique australe</i>						
Afrique du Sud 1998	2	2,2	2,6	2,4	2,7	3,3
Namibie 2000	2,1	2,4	2,9	2,5	2,8	3,7
<i>Moyenne</i>	3,9	4,0	4,4	4,9	5,2	5,7

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), ORC Macro, 2006. MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 29 septembre 2006.

**Tableau annexe 3. Évolution du nombre idéal d'enfants pour l'ensemble des femmes dans 22 pays d'Afrique subsaharienne**

Pays	Dates d'enquêtes	Intervalle de l'observation	Nombre idéal d'enfants		Évolution du nombre idéal d'enfants		
			Début	Fin	En effectif	En effectif sur 10 ans	En proportion sur 10 ans
<i>Afrique de l'Ouest</i>							
Bénin	1996-2001	5	5,5	4,9	-0,6	-1,2	-0,22
Burkina Faso	1998/99-2003	4,5	5,7	5,6	-0,1	-0,2	-0,04
Côte d'Ivoire	1994-1998/99	4,5	5,5	5,4	-0,1	-0,2	-0,04
Ghana	1988-2003	15	5,3	4,4	-0,9	-0,6	-0,11
Mali	1987-2001	14	6,9	6,2	-0,7	-0,5	-0,07
Niger	1992-1998	6	8,2	8,2	0	0,0	0,00
Nigeria	1990-2003	13	5,8	6,7	0,9	0,7	0,12
Sénégal	1986-1997	11	6,8	5,3	-1,5	-1,4	-0,20
Togo	1988-1998	10	5,3	4,5	-0,8	-0,8	-0,15
<i>Afrique centrale</i>							
Cameroun	1991-2004	13	6,8	5,7	-1,1	-0,8	-0,12
Tchad	1996/97-2004	7,5	8,3	8,9	0,6	0,8	0,10
<i>Afrique de l'Est</i>							
Érythrée	1995-2002	7	6	5,8	-0,2	-0,3	-0,05
Kenya	1989-2003	14	4,4	3,9	-0,5	-0,4	-0,08
Madagascar	1992-2003/04	11,5	5,5	4,8	-0,7	-0,6	-0,11
Malawi	1992-2000	8	5,1	4,2	-0,9	-1,1	-0,22
Mozambique	1997-2003	6	5,9	5,3	-0,6	-1,0	-0,17
Ouganda	1988-2000/01	12,5	6,5	4,8	-1,7	-1,4	-0,21
Rwanda	1992-2000	8	4,2	4,9	0,7	0,9	0,21
Tanzanie	1992-2004	12	6,1	5	-1,1	-0,9	-0,15
Zambie	1992-2001/02	9,5	5,8	4,7	-1,1	-1,2	-0,20
Zimbabwe	1988-1999	11	4,9	3,9	-1	-0,9	-0,19
<i>Afrique australe</i>							
Namibie	1992-2000	8	5	3,3	-1,7	-2,1	-0,43

Source : Enquêtes démographiques et de santé, ORC Macro, 2006.  
 MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 4 septembre 2006

# L'AFRIQUE FACE À SES DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES

**Tableau annexe 4. Évolution de l'indice synthétique de fécondité désirée dans 22 pays d'Afrique subsaharienne**

Pays	Dates d'enquêtes	Intervalle de l'observation	Indice synthétique de fécondité désirée		Évolution de l'indice synthétique de fécondité désirée		
			Début	Fin	En effectif	En effectif sur 10 ans	En proportion sur 10 ans
Afrique de l'Ouest							
Bénin	1996-2001	5	5	4,6	-0,4	-0,8	-0,16
Burkina Faso	1998/99-2003	4,5	5,7	5,1	-0,6	-1,3	-0,23
Côte d'Ivoire	1994-1998/99	4,5	4,4	4,5	0,1	0,2	0,05
Ghana	1988-2003	15	5,3	3,7	-1,6	-1,1	-0,20
Mali	1987-2001	14	6,6	6,1	-0,5	-0,4	-0,05
Niger	1992-1998	6	6,8	7	0,2	0,3	0,05
Nigeria	1990-2003	13	5,8	5,3	-0,5	-0,4	-0,07
Sénégal	1986-1997	11	5,5	4,6	-0,9	-0,8	-0,15
Togo	1988-1998	10	5	4,2	-0,8	-0,8	-0,16
Afrique centrale							
Cameroun	1991-2004	13	5,2	4,5	-0,7	-0,5	-0,10
Tchad	1996/97-2004	7,5	6,1	6,1	0	0,0	0,00
Afrique de l'Est							
Érythrée	1995-2002	7	5,7	4,4	-1,3	-1,9	-0,33
Kenya	1989-2003	14	4,5	3,6	-0,9	-0,6	-0,14
Madagascar	1992-2003/04	11,5	5,2	4,6	-0,6	-0,5	-0,10
Malawi	1992-2000	8	5,7	5,2	-0,5	-0,6	-0,11
Mozambique	1997-2003	6	4,7	4,9	0,2	0,3	0,07
Ouganda	1988-2000/01	12,5	6,4	5,3	-1,1	-0,9	-0,14
Rwanda	1992-2000	8	4,2	4,7	0,5	0,6	0,15
Tanzanie	1992-2004	12	5,6	4,9	-0,7	-0,6	-0,10
Zambie	1992-2001/02	9,5	5,4	4,9	-0,5	-0,5	-0,10
Zimbabwe	1988-1999	11	4,4	3,4	-1	-0,9	-0,21
Afrique australe							
Namibie	1992-2000	8	4,8	3,4	-1,4	-1,8	-0,36

Source : Enquêtes démographiques et de santé, ORC Macro, 2006.

MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 4 septembre 2006.

**Tableau annexe 5. Évolution de l'écart entre l'indice synthétique de fécondité (ISF) et le nombre idéal d'enfants pour l'ensemble des femmes dans 22 pays d'Afrique subsaharienne**

Pays	Dates d'enquêtes	Intervalle de l'observation	Écart ISF-nombre idéal d'enfants			Évolution de l'ISF
			En début d'observation	En fin d'observation	Sens de l'évolution de l'écart*	
<i>Afrique de l'Ouest</i>						
Bénin	1996-2001	5	0,5	0,7	+	-0,4
Burkina Faso	1998/99-2003	4,5	0,7	0,3	-	-0,5
Côte d'Ivoire	1994-1998/99	4,5	-0,2	-0,2	=	-0,1
Ghana	1988-2003	15	1,1	0	-	-2
Mali	1987-2001	14	0,2	0,6	+	-0,3
Niger	1992-1998	6	-1,2	-1	-	0,2
Nigeria	1990-2003	13	0,2	-1	+	-0,3
Sénégal	1986-1997	11	-0,4	0,4	=	-0,7
Togo	1988-1998	10	1,1	0,7	-	-1,2
<i>Afrique centrale</i>						
Cameroun	1991-2004	13	-1	-0,7	-	-0,8
Tchad	1996/97-2004	7,5	-1,9	-2,6	+	-0,1
<i>Afrique de l'Est</i>						
Érythrée	1995-2002	7	0,1	-1	+	-1,3
Kenya	1989-2003	14	2,3	1	-	-1,8
Madagascar	1992-2003/04	11,5	0,6	0,4	-	-0,9
Malawi	1992-2000	8	1,6	2,1	+	-0,4
Mozambique	1997-2003	6	-0,7	0,2	-	0,3
Ouganda	1988-2000/01	12,5	0,9	2,1	+	-0,5
Rwanda	1992-2000	8	2	0,9	-	-0,4
Tanzanie	1992-2004	12	0,1	0,7	+	-0,5
Zambie	1992-2001/02	9,5	0,7	1,2	+	-0,6
Zimbabwe	1988-1999	11	0,5	0,1	-	-1,4
<i>Afrique australe</i>						
Namibie	1992-2000	8	0,4	0,9	+	-1,2

Source : Enquêtes démographiques et de santé, ORC Macro, 2006.

MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 4 septembre 2006.

\* En valeur absolue : + signifie que l'écart augmente, = qu'il est inchangé, - qu'il diminue.

**Tableau annexe 6. Évolution de l'écart entre l'indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) et l'indice synthétique de fécondité (ISF) dans 22 pays d'Afrique subsaharienne**

Pays	Dates d'enquêtes	Intervalle de l'observation	Écart ISFD-ISF			Évolution de l'ISF
			En début d'observation	En fin d'observation	Évolution de l'écart	
Afrique de l'Ouest						
Bénin	1996-2001	5	-1	-1	0	-0,4
Burkina Faso	1998/99-2003	4,5	-0,7	-0,8	0,1	-0,5
Côte d'Ivoire	1994-1998/99	4,5	-0,9	-0,7	-0,2	-0,1
Ghana	1988-2003	15	-1,1	-0,7	-0,4	-2
Mali	1987-2001	14	-0,5	-0,7	0,2	-0,3
Niger	1992-1998	6	-0,2	-0,2	0	0,2
Nigeria	1990-2003	13	-0,2	-0,4	0,2	-0,3
Sénégal	1986-1997	11	-0,9	-1,1	0,2	-0,7
Togo	1988-1998	10	-1,4	-1	-0,4	-1,2
Afrique centrale						
Cameroun	1991-2004	13	-0,6	-0,5	-0,1	-0,8
Tchad	1996/97-2004	7,5	-0,3	-0,2	-0,1	-0,1
Afrique de l'Est						
Érythrée	1995-2002	7	-0,4	-0,4	0	-1,3
Kenya	1989-2003	14	-2,2	-1,3	-0,9	-1,8
Madagascar	1992-2003/04	11,5	-0,9	-0,6	-0,3	-0,9
Malawi	1992-2000	8	-1	-1,1	0,1	-0,4
Mozambique	1997-2003	6	-0,5	-0,6	0,1	0,3
Ouganda	1988-2000/01	12,5	-1	-1,6	0,6	-0,5
Rwanda	1992-2000	8	-2	-1,1	-0,9	-0,4
Tanzanie	1992-2004	12	-0,6	-0,8	0,2	-0,5
Zambie	1992-2001/02	9,5	-1,1	-1	-0,1	-0,6
Zimbabwe	1988-1999	11	-1	-0,6	-0,4	-1,4
Afrique australe						
Namibie	1992-2000	8	-0,6	-0,8	0,2	-1,2

Source : Enquêtes démographiques et de santé, ORC Macro, 2006.

MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 4 septembre 2006.

**Tableau annexe 7. Répartition des femmes selon le nombre idéal d'enfants désirés au Niger (1998), en Côte d'Ivoire (1998) et au Kenya (2003), en %**

Nombre d'enfants désirés	Kenya 2003		Niger 1998		Côte d'Ivoire 1998	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0	97	1,2	3	0,0	7	0,2
1	204	2,5	25	0,3	14	0,5
2	1652	20,2	93	1,2	195	6,4
3	1553	19,0	192	2,5	444	14,6
4	2270	27,7	489	6,5	898	29,5
5	631	7,7	704	9,3	550	18,1
6	481	5,9	739	9,8	363	11,9
7	100	1,2	561	7,4	101	3,3
8	161	2,0	611	8,1	112	3,7
9	42	0,5	213	2,8	20	0,7
10	345	4,2	1403	18,5	236	7,8
11 et plus	645	7,9	2539	33,5	100	3,3
Total	8181	100,0	7572	100,0	3040	100,0

Source : Rapports EDS.

# L'AFRIQUE FACE À SES DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES

**Tableau annexe 8. Résultats de la régression multinomiale ordonnée du désir d'enfants des femmes selon leurs caractéristiques**

	Kenya		Côte d'Ivoire		Niger	
	<i>Odds Ratio</i>	<i>P&gt; z </i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>P&gt; z </i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>P&gt; z </i>
Âge	1.01323	0.007	1.027415	0.000	.9722113	0.000
Niveau d'instruction (non scolarisée)						
Primaire	.6425006	0.000	.762954	0.007	.6707894	0.000
Secondaire	.4010633	0.000	.4686009	0.000	.4636698	0.000
Supérieur	.3056645	0.000	.1955123	0.000	.2964966	0.001
Eau courante	.9077989	0.131	.9061511	0.321	.9735281	0.731
Toilettes modernes	.7955957	0.000	.875197	0.115	.83909	0.038
Électricité	.8843633	0.193	.9662416	0.786	.9471839	0.641
Possède une radio	1.058515	0.363	1.055695	0.597	.9145789	0.156
Possède une TV	.9473963	0.457			.8607461	0.205
Sol fini	.7866798	0.331	1.037287	0.797	1.005535	0.952
Religion (autre)						
Chrétienne	.9177013	0.618	.732894	0.005	.2540039	0.019
Musulmane	.8098141	0.307	1.157897	0.321	.4087005	0.062
Ethnie* (ethnie 1)						
Ethnie 2	2.838739	0.000	1.331653	0.032	1.111511	0.829
Ethnie 3	1.152687	0.574	1.106386	0.565	1.263362	0.713
Ethnie 4	1.371972	0.194	.9906222	0.949	1.129742	0.804
Ethnie 5	1.567222	0.082	1.032552	0.826	.7479436	0.571
Ethnie 6	2.179042	0.002	1.069895	0.637	1.542767	0.584
Ethnie 7	2.347547	0.001			1.024554	0.961
Ethnie 8	4.666423	0.000			1.105621	0.841
Ethnie 9	1.059337	0.828			.3691898	0.220
Ethnie 10	6.786014	0.000			.7430287	0.558
Ethnie 11	44.54689	0.000				
Ethnie 12	3.068509	0.000				
Ethnie 13	4.352589	0.000				
Ethnie 14	3.272327	0.001				
Ethnie 15	3.062399	0.001				
Milieu de résidence (rural)	.8612986	0.030	.8351439	0.136	.6909785	0.000
Taille du ménage	1.033868	0.001	1.011733	0.049	1.016493	0.003
Nombre d'enfants nés vivants	1.195463	0.000	1.260076	0.000	1.350293	0.000
Nombre d'enfants décédés	.9727313	0.699	.8975889	0.318	.8929064	0.162
Connait une source de planification familiale	.7627322	0.000	.7758284	0.008	.7657929	0.000
État matrimonial (célibataire)						
Mariée	1.349705	0.654			.078783	0.000
Divorcée/séparée/veuve	2.021355	0.154			.5377848	0.304
Approbation du conjoint par rapport à la planification familiale (désapprouve)						
Approuve	.7118353	0.000	.7214447	0.025	.8717058	0.119
Pas de conjoint	.3542157	0.146	.7359064	0.013	.3557145	0.203
Discussion de la planification familiale au sein du couple (pas de discussion)						
Discute de la planification familiale	.7768445	0.000	.9035222	0.482	.8672101	0.108
Pas de conjoint	.8553099	0.800			.2676138	0.105
Femme approuve planification familiale (n'approuve pas)	.4236866	0.000	.5220306	0.000	.6349686	0.000

## LA DEMANDE D'ENFANTS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Niveau d'instruction du conjoint (non scolarisé)						
Primaire	.9223352	0.471			.9120627	0.396
Secondaire	.8258626	0.106			.8835553	0.329
Supérieur	.82849	0.204			.7840319	0.215
Pas de conjoint	1.939564	0.185			.2646899	0.000
Occupation (ménagère)						
Non agricole	.8864346	0.062	.8148914	0.174	1.129338	0.326
Liée à l'agriculture	1.063014	0.351	1.135016	0.470	1.103045	0.460
Travail en dehors du ménage			1.234479	0.111	.9029713	0.401
Occupation du conjoint (ne travaille pas)						
Non agricole					1.660208	0.024
Liée à l'agriculture					2.050835	0.002
Pas de conjoint					2.807077	0.101

Source : Calcul des auteurs à partir des fichiers des enquêtes démographiques et de santé.

### *\* Liste des ethnies*

	<i>Kenya</i>	<i>Côte d'Ivoire</i>	<i>Niger</i>
Ethnie 1	Embu	Akan	Arabe
Ethnie 2	Kalenjin	Krou	Djerma
Ethnie 3	Kamba	Mandé nord	Gourmantché
Ethnie 4	Kikuyu	Mandé sud	Haoussa
Ethnie 5	Kisii	Voltaïque	Kanouri
Ethnie 6	Luhya	Autres	Mossi
Ethnie 7	Luo		Peul
Ethnie 8	Masaï		Touareg
Ethnie 9	Meru		Toubou
Ethnie 10	Mijikenda/Swahili		Autres
Ethnie 11	Somali		
Ethnie 12	Taita/Tavate		
Ethnie 13	Tukana		
Ethnie 14	Kuria		
Ethnie 15	Autres		